



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Incorporada a la

Universidad Nacional Autónoma de México

8
24

"MANEJO CONDUCTUAL
INFANTIL"

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

LAURA DEL CARMEN CAVIEDES RAMIREZ

DIRECTOR DE TESIS: C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ

México, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA EN EL TITULO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

TESIS

MANEJO CONDUCTUAL INFANTIL



Vo. Bw



Vo. Bw

LAURA DEL CARMEN CAVIEDES RAMIREZ

Doy gracias a Dios

***por haberme dado la capacidad, el gusto y la inteligencia para poder
estudiar esta carrera y haberme permitido concluirlo
satisfactoriamente.***

Con amor y agradecimiento a mis padres:

Alfonso y Laura

Quienes siempre me apoyaron y me alentaron a seguir adelante.

A mi hermana Lucía

Te quiero mucho, gracias por tu apoyo.

A toda mi familia por haberme brindado su cariño muchas gracias.

A todos mis maestros gracias

Por haberme transmitido sus conocimientos, ya que así contribuyeron para la realización de mi carrera.

Especialmente al C.D.M.O. Carlos González Lucasewicz por su atención y dirección de esta tesis.

Gracias de igual manera al Dr. Francisco Magaña segundo revisor de mi tesis.

INDICE

INTRODUCCION	1
---------------------------	---

CAPITULO I

1.- Conducta	4
2.- Dinámicas Conductuales Operantes	6
3.- Areas Principales de Desarrollo	9
A) Recién Nacido	
B) Lactante	
C) Maternal	
D) Pre-escolar	
E) Adolescentes	

CAPITULO II

4.- Biografía " Jean Piaget "	21
5 - Desarrollo Cognoscitivo de Piaget	25
A) Período Motosensorial	
B) Período Operacional Concreto	
a) Preoperacional	
b) Operacional	
C) Período Operacional Formal	

CAPITULO III

6.- Relación Triangulada.....	32
7.- Los Padres en el Consultorio Dental.....	33
8.- Extremos de Comportamiento en los Padres.....	35
A) Protección Excesiva	
B) Padres Dominantes	
C) Padres Indulgentes	
D) Rechazo	
E) Ansiedad Excesiva	
F) Dominación	
9.- Guía a los Padres sobre el Tratamiento Dental	42
10.- Naturaleza del Miedo.....	44
11.- Valor del Miedo.....	46
12.- Tipos de Miedo.....	47
A) Temores Objetivos	
B) Temores Subjetivos	
13.- Miedo y Crecimiento.....	50
14.- El Niño y su Manejo en el Consultorio Dental.....	53
A) Importancia de la Primera Visita	

15.- Perfil del Niño Cooperador.....	58
A) Separación de los Padres	
B) Colocación en el Sillón	
C) La Inyección	
D) Procedimiento Dental	
E) Término de la Visita	
F) Regreso del Niño con sus Padres	
16.- Niños no Cooperadores.....	63
A) Grupo I : Niños con Alteración Emocional	
B) Grupo II : Niño Tímido	
C) Grupo III : Niño Atemorizado	
D) Grupo IV : Niño Rebelde ante la Autoridad	

CAPITULO IV

17.- Técnicas de Modificación Conductual.....	69
A) Decir, Mostrar, Hacer	
B) Control Mediante la Voz	
C) Mano Sobre Boca	
D) Restricción Física	
E) Felicitar y Comunicar	
18.- Refuerzos Positivos y Negativos.....	75
A) Premiar	
B) Ignorar	

C) Castigar

D) Guías Para la Alabanza

E) Guías para Ignorar Situaciones

F) Guías para Castigar

19.- Puntos para Recordar	82
20.- Conclusión	83
21.-Bibliografía	84

INTRODUCCION

La odontopediatría es una de las especialidades odontológicas más requerida por la sociedad, puesto que la ausencia de tratamiento o simplemente un tratamiento equivocado durante la infancia, puede ocasionar a futuro un problema mayor que no debió suceder.

En el tratamiento dental de niños, además de los conocimientos generales de rutina se necesita la observación y comprensión del paciente en su totalidad, ya que se tratará con niños y adolescentes que se encuentran en continuo desarrollo tanto físico como mental.

Uno de los problemas más frecuentes en odontología son los estados estresantes que afectan al paciente, por este motivo se necesita comprender la estructura psicológica infantil, determinando así la forma más eficiente para interpretar algunas de las actitudes que adoptan los niños con problemas de conducta dentro del consultorio dental, y de esta manera llevar a cabo un correcto tratamiento dental.

Es importante comprender desde el punto de vista infantil la manera que tiene de ver éste al odontólogo, puesto que la mayor parte de los niños reciben una información equivocada con respecto al ambiente del consultorio y del odontólogo.

Esta inadecuada información trae como consecuencia temor, por lo cual se debe intentar borrar esta idea ganándose la confianza tanto del niño como de los padres.

Este trabajo pretende mostrar aspectos básicos de manejo de conducta y la modificación de los mismos de una manera adecuada con respecto a su edad

CAPITULO 1

CONDUCTA

En psicología existen dos factores muy importantes que son **"personalidad y conducta"**, los cuales tenemos que comprender para posteriormente entender a nuestro pequeño paciente

A la **personalidad** se le define como algo interno del individuo que es expresado a través de la conducta

El estudio de la ciencia que ayuda a comprender el desarrollo de miedos, ansiedades y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, puede denominarse **odontopediatría de la conducta**.

La **conducta** en el sentido general se define como cualquier cambio en la actuación del individuo. Para detectar los cambios debe haber un medio para hacerlo, ya sea a través de nuestros sentidos o por la vía tecnológica

También puede definirse a la conducta como los cambios que pueden ser observados y medidos. Estos cambios se toman de ciertos patrones que todos los niños siguen a través del proceso de crecimiento

Observar la conducta de un niño es a menudo mucho más fácil que observar la de un adulto, debido a que las acciones del primero son en general más honestas

Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazados por mecanismos de defensa y experiencias previas. El foco de la conducta también es importante, debido a que es más fácil trabajar con problemas observables que con algo vago como la inmadurez y el mal humor. El odontólogo debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla

La **Teoría de aprendizaje social** sugiere que la mayoría de las conductas de las personas son aprendidas de otras personas, y dichas conductas aprendidas pueden conservarse. lo cual respalda el uso de enfoque preventivo en el manejo de la conducta

Por ejemplo una enseñanza consistente, en la cual el paciente aprende que mantener la cabeza sin movimiento durante la administración de la anestesia es una necesidad

Ciertos patrones aprendidos de conducta, como los berniches pueden modificarse, ya que la teoría predice que muchas conductas son capaces de ser **"desaparecidas"**.

DINAMICAS CONDUCTUALES OPERANTES

Si el niño se resiste a la administración de la anestesia y el odontólogo interviene, el paciente infantil pronto aprenderá que no debe de moverse. Si no hay intervención o si la intervención no tiene éxito, el niño puede demostrarle al odontólogo, que él no es controlable y puede provocar una reacción frustrante al médico o forzarlo a usar técnicas alternativas innecesarias.

Para que se pueda manejar e identificar una conducta particular como un movimiento de cabeza para rechazar la anestesia, se debe estar consciente de algunos principios básicos de las dinámicas conductuales operantes.

EJEMPLO: ANTECEDENTE CONDUCTA CONSECUENCIA(S)

Un evento que antecede (estímulo), provoca una conducta particular o una combinación de conductas que a su vez conducen a una consecuencia o consecuencias particulares, (esta es la percepción y la integración del estímulo o estímulos, es decir los antecedentes) las cuales son moderadas por la condición de desarrollo del niño, las experiencias previas y el temperamento básico. Las conductas resultantes pueden ser motoras (físicas), afectivas (emocionales) o cognoscitivas (intelectuales).

La consecuencia es un evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o castigar. Como resultado las consecuencias con frecuencia determinan la forma en que el niño se comportará al recibir el mismo estímulo o uno similar.

Por ejemplo una aguja mostrada a un niño de 6 años de edad que previamente ha tenido experiencias negativas de tratamientos dentales, puede provocar llanto y resistencia física.

El niño puede haber aprendido que en una situación semejante la consecuencia de tal conducta, impide o retarda la administración de la anestesia.

EJEMPLO: AGUJA MOSTRADA LLANTO Y RESISTENCIA INTERRUPCION DEL PROCEDIMIENTO

Este es el momento en que el odontólogo puede manejar y enseñar al niño mediante el control de las consecuencias. Por ejemplo el odontólogo puede elegir entre ignorar el llanto, decirle al niño que deje de mover la cabeza o puede elegir ignorar todas las conductas de falta de cooperación del niño, sujetarlo físicamente, y alabar al niño cuando se controle a sí mismo.

Las consecuencias dependerán de la personalidad del odontólogo y del uso de refuerzos y represiones. Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con más rapidez, y éstos deben de ser identificados por el niño, para que éste los reciba a consecuencia de su conducta.

El odontólogo que atiende niños, debe comprender primero el desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta

El niño al nacer con varios reflejos (llorar, moverse, aferramiento) desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo y para resolver problemas complejos

Rud y Kraling, encontraron que el desarrollo mental en términos de la edad ejerce una influencia decisiva sobre si el niño puede aprender a aceptar del todo el tratamiento

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento y la forma en que piensa un niño

Conforme el niño madura y pasa por los diversos hitos del desarrollo, adquiere un bando de experiencias. Mientras más pequeño es el niño, menor es el número de experiencias que ha aprendido y mayor la responsabilidad del dentista para enseñarle la forma de comportarse

Durante la primera visita dental del niño, es probable que no sea capaz de comprender la experiencia hasta que esté activamente involucrado

El niño pudo haber sido preparado con antenondad para reducir el temor a lo desconocido, pero si éste es demasiado pequeño (menor de 3 años), no tendrá la madurez necesaria para comprender y poder enfrentar el tratamiento

Se deberá enseñar al paciente lo necesario para que se comporte en forma apropiada durante el tratamiento

AREAS PRINCIPALES DEL DESARROLLO

Se han investigado 5 áreas principales de desarrollo

1 -DESARROLLO MOTOR -

Aumento en el control y la coordinación musculares

2 -DESARROLLO COGNOSCITIVO.-

Pensamiento, conceptualización, razonamiento

3 -DESARROLLO DE LA PERCEPCION -

Integración de las impresiones de los sentidos como el oído y la vista

4 -DESARROLLO SOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD -

Vías habituales del comportamiento con otros

5 -DESARROLLO DEL LENGUAJE -

Progreso de las destrezas del lenguaje

Es de vital importancia que el odontólogo tenga conocimiento de la forma en que el niño piensa y la manera en que éste reacciona a una situación llena de tensiones

El proceso de desarrollo del individuo está influido por dos factores que son

1 -La maduración

2 -La expresión del niño a determinado ambiente

Durante la maduración, la conducta del niño es sistemáticamente afectada por el desdoblamiento gradual de una secuencia programada genéticamente

La mayoría de los psicólogos está de acuerdo en que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas del individuo y establece la etapa para el proceso de desarrollo. Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva, se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta

El odontólogo que trata niños debe comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de la maduración y las experiencias

Los modos del niño para percibir y reaccionar al ambiente son innatos, y cambian con la edad. Finalmente el niño desarrolla nuevas habilidades utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente

El desenvolvimiento biológico, psíquico y social del niño será de acuerdo a la edad por la que curse, esto hará que el niño pase por diferentes fases en su comportamiento a través de los diversos periodos de su niñez, sin embargo, debemos estar conscientes de que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica

Cada fase cronológica y cada niño se caracteriza por patrones de conducta diferentes que dependen de su nivel de desarrollo psicomotor, por lo tanto, el diagnóstico debe considerar ambas edades, la cronológica y la fisiológica

A).- Recién nacido

El recién nacido tiene un equipo emocional muy complejo que incluye miedo, alegría, hambre y frío, la respuesta medosa a los cambios bruscos de posición es de lo más notable, el llanto va disminuyendo en pocos meses bajo la confianza que le proporciona la madre y el ambiente que lo rodea

Durante las primeras cuatro semanas, generalmente hay respuestas a los estímulos externos y los reflejos tendinosos, cutáneos y oculares, existe fisiológicamente el reflejo de "Moro" o del abrazo que consiste en la adopción de la posición fetal, abducción primero y aducción de los brazos y flexión de los miembros inferiores, bajo un estímulo de tipo auditivo, luminoso o táctil

B).- Lactante

Del segundo al tercer mes de vida, en el bebé se presenta una sensibilidad gustativa muy peculiar ya que tiene la habilidad de decidir si rechaza algún tipo de alimento desagradable para él o simplemente la leche si está muy fría o muy caliente Gira la mirada hacia el sitio de un estímulo auditivo como la voz de los padres y el balbuceo se inicia con la emisión de algunas consonantes guturales como la J o la G

En el cuarto mes, el niño presenta armonización de los movimientos oculares, teniendo habilidad de seguir objetos luminosos, sostiene la cabeza erguida, se chupa las manos, sonríe ante la presencia de sus padres etc

La coordinación motriz se desarrolla hasta que llegue la maduración

Al quinto mes, el bebé ya reconoce los objetos que lo rodean y en el sexto intenta tomarlos con las manos, en este mes, el niño empieza a sufrir los trastornos naturales de la dentición, tiene el deseo de morder y es necesario que lo haga mediante aparatos que sustituyan el pezón y los dedos.

En el séptimo y octavo mes puede en condiciones normales, volverse del decúbito dorsal al abdominal y reconocer a sus familiares, dice adiós y aplaude

Del noveno al décimo mes, el niño empieza a gatear. Muchas veces debido a la sensación de aislamiento adoptan hábitos tales como chuparse el dedo, chupar su cobja etc

A los once meses trata de imitar las palabras, logrando emitir sólomente las primeras sílabas (Ma-má -Papá)

C).- Maternal

Los logros del niño en su primer año modifican fundamentalmente la relación de los niños con su medio ambiente y sus actividades. Al aparecer la marcha independiente, el niño adquiere una seguridad en sí mayor al ver el acceso que tiene a los objetos que antes le eran imposibles

En promedio el niño de un año ya empieza a dar sus primeros pasos, alcanza a comprender las expresiones manuales y orales que le indican lo que debe o no hacer

A los 18 meses su marcha es mucho más segura, puede comer solo, trazar una raya si se le enseña como etc

A los 2 años ya puede subir y bajar escaleras, puede dibujar un círculo y controlar sus esfínteres

En ocasiones el cirujano dentista debe atender niños de esta edad y es importante que tenga en mente lo anterior para no formarle al niño un complejo de defensa y antagonismo contra el doctor que lo atiende, puesto que el niño va a condicionarse y a captar las experiencias de la primera visita al consultorio dental. La comunicación con ellos se complica un poco debido a que según Gessel, el vocabulario vana entre 12 y 1000 palabras, por lo que, el trabajo con algunos niños termina con éxito y en otro la cooperación es limitada

A esta edad, el niño puede presentarse tímido y temeroso ante los niños grandes y la gente extraña, por lo que siempre debe pasar al consultorio acompañado de una persona con la que se sienta familiarizado y en confianza. Es difícil llegar a él mediante las palabras únicamente, por lo que es indispensable platicarle mientras se le trabaja, dejarlo tocar los mismos objetos que nosotros vamos a usar en su tratamiento, para que a su vez, él se familiarice con el instrumental, teniendo cuidado de que no se vaya a lastimar

El ruido y las vibraciones de la unidad y pieza de mano, así como la presión ejercida al usar el instrumento, son provocadores de temor, también los movimientos rápidos, la luz de la lámpara y los movimientos del sillón dental

Para distraer su atención podemos darle a sostener los espejos, dejarlo jugar con la taza de hule, darle a oler los medicamentos agradables y la pasta dental. Al hacer esto el niño tendrá una amplia idea de lo que el odontólogo quiere hacer, eliminando el temor y viendo en forma natural que el dentista usa el instrumental en su boca

A los tres años pasa por un periodo de transformación en que deja de ser bebé para ser niño, intentará su autonomía tratando de hacer a un lado la tutela de la madre pero ante un momento estresante o de cansancio, automáticamente se vuelve a la madre, buscando y exigiendo apoyo y seguridad. Dentro del consultorio dental, se sienten más seguros si se permite que su acompañante permanezca con ellos hasta que se habitue a la presencia del personal y ambiente del consultorio

Al final de este periodo puede comer solo, abrocharse los botones, etc.

Tiene gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al odontólogo. Le gusta que lo alaben y trata de agradar a los demás, debemos escucharlo y hacerlo sentir que somos sus amigos y que para nosotros es lo más importante del mundo

Para que el niño acepte con agrado su atención dental, es necesario explicarle ampliamente y de acuerdo a su capacidad y edad qué es lo que se hará para el beneficio de su boca, al finalizar, reforzarle su conducta con un premio o unas palabras cariñosas

D).- Pre-escolar:

La edad pre-escolar comprende de los 4 a los 6 años de edad, en este período el niño se ha superado en varias etapas de su desarrollo y se ha independizado de la madre. Es capaz de realizar una distinción entre la verdad y la fábula. Es auténtico en sus autocríticas, se siente orgulloso de sus logros y experiencias, le agrada sentirse amado y que lo alaben, puesto que esto le da seguridad en sí mismo.

Principalmente, en el último año de esta etapa existe una importante transición, aparece su sentido social mostrando interés por los paseos y escuelas.

Cuando desarrolla una actividad, para él tiene más importancia la actividad en sí, que los trabajos que en ella desarrolla (pintar, modelar etc.)

A los 4 años el niño ya no pregunta "¿Qué es?", sino que está más interesado en el "¿Cómo?" y el "¿Porqué?" de las cosas. Puede elaborar e improvisar preguntas casi interminables. Tal vez esta sea una forma evolutiva de práctica de la mecánica del lenguaje, a veces, es evidente que cuente historias inverosímiles debido a que trata de ser el centro de atracción, buscando la aceptación de su persona.

En ocasiones puede volverse desafiante y a veces recurre al uso de malas palabras o pequeñas agresiones.

Si el niño ha tenido una vida feliz y con disciplina, será un paciente que acepte cooperar entusiastamente. Generalmente escuchará con interés las explicaciones respondiendo adecuadamente a las indicaciones verbales.

Le gusta desarrollar diferentes actividades motrices relativamente sencillas, a las que está habituado, como brincar, trepar, correr

El pre-escolar cuenta con una inmensa fantasía que nace en sus juegos y ocupaciones

Para que el niño se sienta en confianza y acuda con interés al consultorio dental, en la sala de espera deberá haber dibujos alusivos al cuidado dental, así como lápices de colores, hojas de papel y motivos que hagan que el niño de nada suelta a su imaginación, dejando que expresa mediante dibujos la imagen que tenga de la relación "Dentista-Paciente"

En este período de la infancia podrán acompañar los padres al niño dentro del cubículo, hasta que conozcan bien al personal, después el niño tendrá que entrar solo

A los 5 años el niño entra al colegio y empieza a mostrar interés en las actividades de grupo, es dueño de sí mismo, reservado y su relación con el ambiente se plantea en términos amistosos y familiares

El niño puede reconocer los objetos de un dibujo y podrá proporcionar descripciones simples. Piensa antes de hablar, tiende a ser realista, concreto, y hablar y pensar en primera persona. Le agrada comportarse adecuadamente

La actividad del niño a los 6 años, es incansable. No le gusta que se le quiera mantener en estado estático y le afecta mucho que lo quieran reprimir

Le causa impresión observar en su cuerpo algún golpe o algún defecto físico, así como también la pérdida de sus incisivos, aunque esto pueda parecerle una cosa normal, puesto que él sabe que le saldrán otros más grandes y fuertes

EJ.- Escolar:

A esta edad ya tiene una disciplina más estricta tanto en la escuela como en el hogar, motivo por el cual se le puede exigir más de sí mismo, pues su razonamiento es más claro. Es aquí donde el niño tiene que aprender que hay muchas otras reglas que las impuestas por los padres en la casa.

El ingreso a la primaria cambia de una forma decisiva su situación dentro de la sociedad, transforma fundamentalmente todo su sistema de relaciones múltiples con los adultos y los demás niños.

A los 7 años se produce una especie de quietamiento, se inicia la etapa intelectual y los intereses de aprendizaje comienzan a predominar sobre los deportivos. El niño se encuentra consciente y abstraído del mundo exterior. Empieza a ver a su madre desde un punto de vista diferente, ya que se empieza a separar un poco de ella y a juntarse con otras personas.

Por lo general puede solucionar sus miedos a los procedimientos operatorios odontológicos. El odontólogo puede razonar con él y explicarle qué es lo que se le está haciendo.

A los 8 años, ya empieza a actuar con mayor lógica y a tomar las cosas tal cual son, haciendo a un lado su mundo de magia y fantasía, la seguridad en sí mismo ha aumentado, su personalidad es más expresiva y formada.

Es descuidado en su persona y egoísta de sus cosas. Es muy susceptible.

Empieza a interesarse las diferencias que existen entre él y el sexo opuesto.

Empieza sutilmente a aparecer la adolescencia, todavía tiene sus rasgos ingenuos y no siempre se preocupa por las cosas que suceden a su alrededor.

A los 9 años se ha acentuado su equilibrio mental, deja de ser un niño sin aun haber llegado a la adolescencia. Se vuelve más autosuficiente, trazándose un patrón de conducta más estricto y verdadero

Acepta retos, satisfaciéndole el lograrlos ya que la competencia es uno de sus anhelos

En el niño de 10 años de edad el equilibrio mental y emocional es mayor. Se puede decir que es un pre-adulto, o un pre-adolescente en formación, puesto que el contacto con el medio adulto influye en sus hábitos y sus costumbres

Su individualidad está completamente definida. Tiene mucha confianza en si mismo

Su comportamiento es más calmado, acepta visitar a su dentista, comportándose dentro del consultorio dental en forma adecuada

F).- Adolescentes:

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, es la etapa final de crecimiento, se caracteriza porque durante ella ocurren importantes modificaciones morfológicas, endocrinas y psicológicas, es la última fase del desarrollo de la personalidad

La adolescencia se refiere al conjunto de fenómenos psicológicos afectivos y emocionales ocasionados en forma natural por los cambios orgánicos

Después de un largo periodo de comportamiento estable, el niño se torna faltar de equilibrio y sus reacciones son imprevisibles a medida que entra en la adolescencia

Para el adolescente toma una gran importancia su presentación, la correcta formación de su cuerpo y la higiene. Su atención la enfoca principalmente hacia su cara preocupándose por los pequeños detalles que aparezcan tanto en su piel como en su boca, despertando en él la iniciativa de visitar al dentista y solicitar su rehabilitación bucal

Debe entablarse entre el odontólogo y el paciente una correlación de amistad, respeto, simpatía y confianza con el fin de que el adolescente coopere durante las sesiones de su tratamiento

CAPITULO II

JEAN PIAGET

(Biografía)

- 1896.** - Nació en *Neuchatel*, Suiza
- 1905.** - Compuso un escrito para anunciar al mundo un gran descubrimiento el "Auto Vap", un automóvil dotado de un motor de vapor
- 1906** - Escribió un libro "Nuestros Pájaros"
- 1907** - Ingresó al Colegio Latino
 - Fue publicado su primer artículo en un periódico de historia natural de *Neuchatel*
 - Trabajó durante 4 años para el naturalista *Paul Godef*
- 1911** - Publicó una serie de artículos sobre los moluscos de *Suiza, Saboya, Bretaña* y *Colombia*
- 1913** - Escribió la "Malacología del Lago de *Annecy*", que poco después fue publicado en la *Revue Savoisienne*
- 1915** - Terminó el bachillerato
- 1917** - Publicó su primer novela filosófica
- 1918** - Obtuvo la licencia en *Ciencias Naturales*
 - Obtuvo el Doctorado en *Ciencias* con una tesis sobre los moluscos del *Valais*
- 1918** - Parte a *Pans* en donde sigue el curso de *psicología patológica* de *Dumas*, y los cursos de *Piéron* y *Delacroix*
 - Estudió *lógica* y *filosofía* de las ciencias con *Lalande* y *Brunschweg*

- Estandarizó los textos del razonamiento de Burt sobre los niños parisienses en el Laboratorio de Binet, en París

- Analizó el razonamiento verbal de los niños normales, planteándoles preguntas y presentándoles situaciones de relación causa-efecto simples y concretas

1920 - Trabajó con niños anormales (La Salpêtrière), llevando a cabo investigaciones utilizando métodos de manipulación directa y conversación

- Escribió 3 artículos, los cuales analizó lógico-psicológicamente. El primero lo publicaron en el *Journal de Psychologie*. El tercero fue publicado en los *Archives de Psychologie*.

1921 - Partió a Ginebra en donde desempeñó el puesto de "Jefe de Trabajo" en el Instituto J. J. Rousseau, aquí guió a los estudiantes y los asoció a las investigaciones sobre psicología del niño

- Consagró dos años al estudio del pensamiento infantil

1923-1925 - Estudió "La inteligencia" en el curso de los 2 primeros años de la vida

- Organizó su investigación en la "Maison des Petits" del Instituto J. J. Rousseau, con el objetivo de llegar a entender psicológicamente el mecanismo de las operaciones lógicas del razonamiento causal

El resultado de estas investigaciones se encuentran recopilados en sus 5 primeros libros sobre la psicología del niño

- Encontró que entre el estadio preoperacional situado entre los 2 y los 7 años y la aparición de la lógica formal hacia los 11 o los 12 se observa un nivel de organización de "Operaciones Concretas" que es esencialmente lógico

aunque no todavía formal (Ej. El niño podrá concluir que A menor que C si B mayor que A y B menor que C.)

- Estudió el aspecto social del pensamiento para satisfacer su necesidad de explicación en términos de totalidades

1925 - Impartió la cátedra de filosofía en la Universidad de Neuchatel

- Publicó en 3 volúmenes una investigación en donde trató el problema de la génesis de las conductas inteligentes, de las ideas de constancia objetiva y de causalidad y los comienzos de conductas simbólicas (juego e imitación)

- Descubrió que hasta los 10 o 12 años los niños no creían en la conservación de las cantidades materiales

- Observó que entre el sexto y el décimo mes no poseían la noción de la permanencia de un objeto que desaparecería de su vista. Por ejemplo una mitad escondida por un pañuelo

1929 - Fue director de la oficina internacional de la educación

1936 - Enseñó psicología experimental en Lausana

1929-1939 - El curso de Historia del Pensamiento Científico (Facultad de Ciencias de Ginebra) le permitió avanzar en la dirección de una epistemología fundada sobre el desarrollo mental

- Estudió la historia y la emergencia de los principales conceptos de las matemáticas, física y biología

- Retomó sus investigaciones sobre psicología del niño en el Instituto J. J. Rousseau

- Descubrió las estructuras de totalidad operativa

- Analizó la relación de la parte y el todo (entre los niños de 4 a 6 años) con lo que comprendió porqué las operaciones lógicas y matemáticas no pueden formarse independientemente unas de otras. Ej. El niño sólo puede aprender una cierta operación si es capaz simultáneamente de coordinar operaciones modificándolas de diferentes maneras (invirtiéndolas)

1939 - Fue nombrado profesor de psicología de la Universidad de Ginebra

1940 - Recibió La Cátedra de Psicología Experimental

- Fue nombrado director del Laboratorio de Psicología

- Continuó dirigiendo la publicación de los Archives de Psychologie

- Asumió la presidencia de la Société Suisse de Psychologie durante los tres primeros años, después de su fundación

1939-1945 - Comenzó un estudio a largo plazo sobre el desarrollo de la percepción del niño (hasta la edad adulta, para comprender mejor las relaciones entre la percepción y la inteligencia). Los resultados de esta investigación aparecieron en los Archives de Psychologie

- Fue nombrado presidente de la Comisión Suiza de la UNESCO

1946 - Recibió un doctorado honors causa de la Sorbona

1949 - Recibió un doctorado de la Universidad de Bruselas

- Recibió el título de profesor honors causa de la Universidad de Brasil

- Se convirtió en miembro de la Academia de Ciencias de Nueva York

- Pasó 30 años consagrado al estudio de la psicología del niño

El psicólogo Jean Piaget demostró que el aprendizaje (proceso mediante el cual una actividad es originada y modificada como consecuencia de la experiencia) se produce de una forma organizada y estructurada, es decir que un niño no puede dominar una idea nueva sin haber alcanzado una determinada fase de su desarrollo mental. Y por lo tanto sería inútil tratar de convencer a un niño de 2 años de que lo que se le va a realizar en el sillón dental es por su bien.

Piaget propuso un modelo de desarrollo infantil, que describe el área de la percepción, el conocimiento y la forma de pensar de un niño.

Identificó 3 etapas principales que marcan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en la que puede solucionar problemas complejos.

Estas etapas son:

1.- Período Motosensorial

2.- Período Operacional Concreto

a) - Preoperacional

b) - Operacional

3.- Período Operacional Formal

El niño debe actuar a un nivel apropiado en cada etapa antes de que proceda el desarrollo intelectual.

El niño no actúa solamente bajo el principio de aprendizaje por prueba y error.

Los niños muy pequeños no pueden solucionar ciertos problemas, por eso no importa cuantas veces se les haya mostrado algo, o se les haya forzado a dar una respuesta correcta

Cada etapa es un periodo en el cual el niño mira todo lo que le rodea de manera diferente, y retiene la información de distintas maneras

PERIODO MOTOSENSORIAL (INFANCIA) 0-2 AÑOS:

El niño es incapaz de razonar. Se enfrenta mejor con realidades concretas externas, con objetos tangibles, con cosas que estén enfrente de él. Ningun concepto de objeto permanece, debido a que no mantiene el neonato una representación mental. Codifica la información en términos de acciones, más tarde en términos de imágenes visuales.

Reacciona a la tensión con la voz, las manos, los oídos, los ojos, etc, es decir motosensorial

Permanece con él la amnesia (pérdida o disminución notable de la memoria)

Pueden realizarse tratamientos dentales y no tomar en cuenta su falta de cooperación, ya que ésta no tendrá un efecto permanente en el niño

PERIODO CONCRETO 2-12 AÑOS

El periodo concreto se divide en dos

1 - Preoperacional (2-6 7 años)

2 Operacional (6-13 años)

PERIODO PREOPERACIONAL

Durante este periodo el niño desarrolla la capacidad para codificar información en términos de acciones, así como visual y simbólicamente

Las imágenes y símbolos visuales representan objetos y eventos reales, concretos y permiten la fantasía del niño

Aunque ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede platicar, el pre-escolar tiende a actuar de manera egocéntrica. No sabe lo que los demás están pensando, y no está consciente de que sus ideas pueden ser diferentes a las de él

Cuando un pre-escolar describe sus actividades diarias puede comenzar en la mitad, por el final o puede dejar fuera partes esenciales de información debido a que no considera las perspectivas del que escucha

Aproximadamente a los 4 años de edad, el niño escucha a otros expresar sus pensamientos, los que comprende en su forma idiosincrática y cree tener un cuadro claro de la situación

Por ejemplo, piensan que las personas que están en la pantalla de televisión pueden verlo a él como él las ve a ellas

El paciente infantil en este periodo, no ha tenido suficiente experiencia con el mundo y sus diferencias aun acerca de cuestiones que él sabe que son verdad o no. Por lo que, no se interroga a si mismo si sus pensamientos son reales, si sus sueños realmente pasan y si pasan "frente a sus ojos". Su egocentricidad le impide diferenciar las palabras de sus informadores.

Además de ser egocéntrico es animístico, es decir que el niño acepta cualquier explicación razonable, esto puede ayudar al odontólogo.

Ejemplo: Los dientes enfermos tienen que ir al hospital.

La mayoría de los niños de 3 a 5 años de edad tienen razonamiento primitivo y comprensión idiosincrática. Comprenden las cosas en términos de causa y evento.

Presentan escasa duración de la atención, lo que puede causar problemas al odontólogo cuando desea la cooperación del niño.

El niño es muy inquisitivo, por lo que toca, mira, etc. Teme a lo desconocido, por lo que es muy importante explicarle lo que se le va a hacer en el consultorio dental, mostrarle todo de manera que el niño se familiarice con el instrumental con el cual se le va a trabajar antes de realizar cualquier procedimiento.

PERIODO OPERACIONAL

El niño en este periodo desea aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos, como más grande-más pequeño, abajo - arriba.

Capta que otros tienen ideas y comprensión diferentes y que él no está entendiendo mucho, por lo que está en la mejor disposición de escuchar

Este factor de desarrollo no sólo facilita el tratamiento, sino que también ayuda a simplificar las explicaciones, debido a que el niño está desarrollando un modelo lógico de causa y efecto, basado en su habilidad para conceptualizar y generalizar

Aun cuando estos niños pueden resolver problemas más complejos a diferencia de los niños del periodo preoperacional, tienen más confianza en las imágenes visuales que en los símbolos

Este periodo requiere el uso de ejemplos de ideas concretas y explicaciones abstractas de procedimientos, comienza a confiar

Las cosas se vuelven internas y el niño puede organizar y desarrollar conceptos

Reconoce y comprende el dolor

PERIODO OPERACIONAL FORMAL (ADOLESCENTES) 13-17 AÑOS

Con el inicio de este periodo el niño está entrando a la adolescencia, la cual puede ser un periodo fácil de desarrollo o confuso

El individuo puede enfrentarse con lo abstracto así como también con la realidad. Puede ver el futuro y sus potenciales. Por ejemplo, los beneficios futuros del tratamiento dental están siendo ganados por soportar el dolor

El adolescente a menudo tiene necesidad de explicaciones reales detalladas, incluyendo razonamientos por los cuales él debe cooperar y comportarse adecuadamente

Tiene capacidad para resolver problemas complejos. Deberá tener una comprensión de causa y efecto, y saber que no es mágico.

Ideales y aptitudes se están desarrollando junto con el razonamiento inductivo.

Ha evolucionado en inteligencia y transforma las acciones motoras en pensamientos y conducta.

CAPITULO III

RELACION TRIANGULADA

La principal diferencia entre el tratamiento de niños y de adultos es la relación

*El tratamiento de adultos generalmente involucra una relación de uno a uno, es decir, una relación odontólogo-paciente. En cambio en el tratamiento de niños generalmente se maneja una relación uno a dos, es decir **"ODONTOLOGO-NIÑO(PACIENTE)-FAMILIA"**.*

A esta relación se le conoce como el triángulo del tratamiento odontopediátrico

El niño está en el vértice superior del triángulo, ya que es el centro de atención tanto de la familia como del equipo odontológico. Aunque las actitudes de la madre demostraron que afectan las conductas del niño en el consultorio odontológico, los papeles de la familia han sufrido modificaciones y debe considerarse todo el medio familiar

Dado que continuamente ocurren cambios en cada personalidad, debe recordarse que hay una relación siempre cambiante, dinámica, entre los vértices del triángulo

LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

Otro de los factores que influye y es determinante en la conducta del niño son las relaciones interpersonales con sus padres

Para que el odontólogo trabaje satisfactoriamente y con éxito, es necesario contar con la total cooperación de ambos

Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el odontólogo también tiene la obligación de que los padres estén totalmente enterados y educados sobre los fundamentos más importantes de la psicología infantil

Ya que el odontopediatra está enterado de la formación de la personalidad y cómo se desarrollan las ansiedades, debe tener diplomacia y tacto para transmitir esta información de manera profesional y adecuada, aconsejando sobre el comportamiento del niño a sus padres, y haciendo que el niño vea al odontólogo más favorablemente en vez de que lo vea con un miedo irracional

Cuando se considera el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en las actitudes de los padres tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, también se observa la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad del niño

Por lo que, las actitudes de los padres pueden determinar que un niño sea amable u hostil, cooperador o rebelde

Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos adecuados de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autondad, limitaciones, consuelo y apoyo

Estas necesidades deben cumplirse para que cada niño llegue a la madurez bien concentrado

Es necesano darle al niño amor, ya que ésto le da confianza en si mismo y en su capacidad para hacer frente a lo que lo rodea

La disciplina, por otro lado indica al niño hasta donde puede llegar, impone limites

Cuando no existen restrcciones al comportamiento de los niños, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autondad son los padres

La autondad debe de ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales del niño, éste tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas con quienes entre en contacto

Todo niño tiene el derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve a un desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales

Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que lo rodea debe estar dentro de los limites de la normalidad

Existen razones definidas para explicar las actitudes "extremas" que algunos padres toman con sus hijos

Algunos padres se dan cuenta de que no están creando ambientes favorables para su hijo, y sin embargo no se preocupan por las consecuencias. Otros tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos y olvidan que el niño puede resultar dañado emocionalmente.

Los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de los hijos haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.

EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES

Entre los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes:

PROTECCION EXCESIVA

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo debido a experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño.

El niño sobreprotegido generalmente no puede tomar decisiones por sí mismo. Se presta ayuda al niño en cada tarea, incluso mínima, que trate de hacer. Juegos y trabajo se ven restringidos por miedo a daño físico, enfermedades o adquisición de costumbres indeseables de sus compañeros de juegos.

PADRES DOMINANTES

Presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos, y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

Estos niños suelen ser pacientes ideales, porque son obedientes y educados. A causa de la timidez del niño, el odontólogo se ve obligado a romper la "barrera de la timidez" haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

PADRES INDULGENTES

Este tipo de padres son los que dan demasiados lujos a sus hijos. Los hijos de padres indulgentes presentan dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. Demandan gran atención, afecto y servicio.

Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados y egoístas.

Si no se les cumplen todos sus caprichos, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso pueden golpear a las personas que no acceden a sus deseos.

Cuando se entrevistan con el odontólogo por primera vez pueden parecer encantadores y persuasivos, e incluso pueden forzar al odontólogo para evitar el tratamiento, y si esto falla pueden resistirse, incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del odontólogo.

Son niños muy mimados, y por lo mismo muy difíciles de manejar en el consultorio dental

En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación. Una vez que comprenden el significado de docilidad se vuelven excelentes pacientes

No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo al dentista en forma hostil, insistiendo en que se les permita acompañarlo al cubículo donde será atendido. No habrá razones que hagan desistir a la madre. Ya dentro del cubículo interpretará cualquier intento disciplinario del odontólogo como brutalidad

Generalmente estos niños son los que más necesitan la disciplina en el consultorio

Es conveniente que el odontólogo tenga en cuenta que estos padres consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo cual al aconsejarlos habrá que usar mucho tacto

RECHAZO

Existen diferentes grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo, hasta el completo rechazo debido a problemas emocionales

Los hijos de padres indiferentes se sienten inferiores, olvidados e inseguros. Se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie

Los niños no deseados o rechazados además de sufrir falta de amor y afecto pueden ser tratados con desprecio y en ocasiones con brutalidad

No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación previa y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas

El niño al no tener seguridad en casa se vuelve suspicaz, agresivo, desobediente, combativo, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud es rechazado por los niños de su edad, y esto le hace buscar la compañía de otros parecidos a él. Muchos de los delincuentes infantiles actuales vienen de esta categoría

En el consultorio dental, este niño puede ser difícil de manejar. Cualquier desobediencia deberá de ser tratada de manera amigable. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. En muchos casos, el niño rechazado se porta mal para llamar la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien y no cuando se porta mal. Deberá enseñársele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable

ANSIEDAD EXCESIVA

Esta actitud se caracteriza por la excesiva preocupación de los padres por el niño. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o que trabaje solo. Se exageran las enfermedades de poca importancia, y frecuentemente se le hace guardar reposo sin necesidad.

Estos niños generalmente son tímidos, huraños y temerosos, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

Son generalmente buenos pacientes si se les enseña a serlo. Sin embargo, es posible que el odontólogo tenga algo de dificultad en vencer sus temores.

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

DOMINACION

Los padres dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas, las cuales no corresponden con su edad cronológica. Este tipo de padres no aceptan a su hijo tal cual es, sino que constantemente lo están forzando a competir con otros niños mayores o más avanzados. Estos padres critican a sus hijos, son estrictos con ellos y a veces hasta los rechazan.

Las críticas constantes por parte de los padres crean en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo. Estos niños llegarán a ser buenos pacientes si se les trata amable y considerablemente.

Se puede hacer comprender a los padres, que una vez en el consultorio dental, el odontólogo sabrá como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.

Los padres deberán tener plena confianza en el odontólogo, y confiar su hijo a su cuidado.

Cuando el niño es llevado al cubículo, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo.

Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos ha sido defectuoso. Sin embargo hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de 4 años de edad.

Si se le invita al padre o a la madre a pasar junto con el niño al cubículo, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer alejado de la unidad. No deberá hablar al odontólogo o al niño, a menos que el odontólogo lo pida.

No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en la que la madre está comunicando información falsa al niño, o le esté transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencias llevará a desconfiar del odontólogo y creará temor a los procedimientos dentales.

El odontólogo deberá explicar a los padres del paciente que no serán necesarias medidas extremas de disciplina, y que se alentará al niño para que participe en la nueva experiencia, de esta manera la madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. Así existirá una mejor relación paciente-familia.

Será de gran ayuda a los padres informarlos de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al odontólogo por primera vez.

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

GUIA A LOS PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO DENTAL

1.- Pedir a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño, ya que la causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias odontológicas personales

No hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental, ya que se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología

Los padres deberán ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en gestos faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo

2.- Nunca utilizar a la "Odontología" como amenaza de castigo, ya que en la mente del niño se asocia "Castigo" con dolor y cosas desagradables

3.- Familiarizar al niño con la odontología, lo cual puede lograrse llevando al niño al odontólogo, para que de esta manera lo conozca y se acostumbre a él

El odontólogo deberá llevar al niño a reconocer el consultorio de manera cordial, y deberá explicarle cómo funciona cada uno de los instrumentos con los cuales se trabajará

4.- Los padres deberán mostrar valor en asuntos odontológicos, para que de esta manera su pequeño tenga valor, ya que existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres

5.- Enseñar al niño actitudes moderadas para formar niños bien centrados, y como consecuencia de esto un buen paciente dental

6.- Se deberá recalcar el valor que tiene el obtener servicios dentales regulares no solamente para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales

Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para llevar a un niño al dentista es cuando sufre un dolor de dientes

7.- Los padres no deberán sobornar a los hijos para que vayan al dentista, ya que el niño creerá que deberá enfrentarse a algún peligro

Para que el odontólogo pueda realizar su trabajo satisfactoriamente, deberá contar con la total cooperación del pequeño. El odontólogo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres

Deberá comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe además estar enterado de la formación de personalidad y cómo se desarrollan las ansiedades

Si el odontólogo comprende los problemas emocionales del niño, también comprenderá los problemas emocionales de los adultos

Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos

NATURALEZA DEL MIEDO

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

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos emocionalmente.

El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir se intensificará el miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo, y necesita muy poca integración cortical. En el hombre las descargas pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto punto controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, y demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar. En muchos casos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar contra la situación o huir de ella. Cuando no puede llevar acabo ésta, su miedo aumenta, y la comunicación del odontólogo con el niño puede ser muy difícil. Incluso con niños de más edad, puede ocurrir que su miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente.

Generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser más controladas por la corteza a través de funciones psíquicas más elevadas

VALOR DEL MIEDO

El miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico.

Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en un futuro. Por lo tanto el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones en donde no existe peligro.

De esta manera, servirá de mecanismo protector y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñársele al niño que el consultorio dental no tiene porqué inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al odontólogo no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así crea invariablemente miedo al odontólogo.

TIPOS DE MIEDO

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

TEMORES OBJETIVOS

Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Cuando un niño ha sido manejado tan deficientemente que se le ha causado dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros.

Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera, acuda al odontólogo por voluntad propia. Por lo que cuando sea tratado de nuevo, el odontólogo deberá comprender su estado emocional y deberá proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el odontólogo y en tratamientos dentales.

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

TEMORES SUBJETIVOS

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño las haya experimentado personalmente.

La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con su imaginación, se agranda y vuelve imponente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible.

"Shoben y Borland" informaron que en los adultos el miedo a la odontología estaba basado principalmente en lo que hablaron sus padres sobre ello.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo, hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella.

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

Los temores sugeridos también pueden experimentarse por imitación. Generalmente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste, el niño se siente triste. Si el padre muestra miedo, el niño igual.

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

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a tener miedo.

Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando.

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

Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos

El miedo a estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente

El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño alguno. Por otro lado, los miedos sugestivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de modo que el miedo que puede experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo subjetivo, no es consecuencia de tratamientos dentales anteriores

Es bueno recordar que, los niños normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo. Cada niño es un individuo y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo

- Un niño que está físicamente sano, con funciones endócrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares

El niño mentalmente alerta, responderá más inteligente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente

MIEDO Y CRECIMIENTO

Los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad

El comportamiento emocional, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo

*Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos **Arsenian**, ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad*

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación, responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio

A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, irá descartando uno por uno sus miedos adquiridos. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño

Tanto el padre como el odontólogo deben estar conscientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño

Es de vital importancia estudiar los estímulos que producen miedo desde los 2 o 3 años, que es el momento ideal para llevar al pequeño al dentista, hasta la edad adulta

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. El ruido y vibración de la fresa, así como la presión ejercida al usar los instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de poca edad. A menos que el dolor sea más intenso, tiene más temor al ruido que a los procedimientos dentales en sí.

También puede atemorizarlo los movimientos bruscos como subir y bajar el respaldo sin avisarle, movimientos de la mano rápidos y enérgicos, y la luz intensa de la unidad operatoria si ésta es dirigida hacia sus ojos.

Los niños que todavía no asisten al colegio, pueden temer a ser separados de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que lo han abandonado, que lo han dejado solo.

Si el niño es muy pequeño puede ser preferible que el padre o madre lo acompañe al cubículo dental.

Durante la primera visita la madre siempre deberá entrar con su hijo al cubículo, esto se hace con el fin de inspirar confianza a ambos.

Frankl demostró que los niños de menos de 50 meses de edad se beneficiaban con la presencia de la madre en el cubículo durante el tratamiento dental.

Si la madre puede estar con el niño sin transmitirle sus sentimientos, no existe razón para que no sea admitida en el cubículo dental.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de haber sufrido accidentes que dañaron las piezas anteriores. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedirse a la madre que tenga al niño en sus brazos mientras el odontólogo realiza el tratamiento de urgencia. Aunque posiblemente el niño continúe llorando, el odontólogo deberá seguir trabajando rápida y eficientemente.

A los 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores, y de los 4 a los 6 años disminuyen gradualmente los temores a caerse, al ruido y a los extraños.

A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones que producen miedo, ya sea por experiencia personal o por capacidad de apreciar la seriedad del peligro, se pierden y olvidan de muchos de los miedos primitivos.

Jersild y Holmes exponen que el promedio de temores a los 3 años de edad es de 5.5, mientras que a los 6 años ha disminuido a 3.2. La disminución de temores puede deberse a

- a) Darse cuenta de que no hay nada que temer*
- b) Presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo*
- c) Imitación social*
- d) Guía por parte de adultos*

EL NIÑO Y SU MANEJO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Importancia de la primera visita

La primera visita del niño al consultorio dental debe considerarse como una ocasión muy especial, ya que entran en juego una serie de factores de orden psicológico. Al paciente que nos visita por primera vez, sería ideal que la primera parte de la consulta no se efectuara en el sillón dental, es conveniente tener un lugar aparte para este fin. Aunque esto no siempre es factible, en todo consultorio hay un rincón donde el odontólogo y el acompañante del niño pueden conversar un momento. Mientras tanto el niño observará el ambiente, podrá o no circular, tomará o no contacto activo con algunas cosas, la madre lo dejará o no moverse, quedará "pegado" a ella, o la madre no lo soltará. Todo lo cual nos permitirá observarles para una primera impresión de sus actitudes, las cuales registraremos.

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresiones agradables, motivará así su interés en las próximas citas, ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser intensa y perdurable. De igual manera debe de ser el contacto de su primera experiencia, que en cada cita se irá mejorando, pues un solo fracaso en este sentido puede cambiar su disposición. Y de ello dependerá que llegue a ser un mejor o peor paciente.

Hay un cierto orden para conducir la primera entrevista, pero no hay inconveniente en alterarlo según las circunstancias. Cuando realizamos nuestra historia clínica, en cada uno de sus aspectos saber quién es, qué tiene, etc. Y mientras la vamos realizando demostrarle a él y a sus padres quiénes somos, todo esto de una manera cordial y amigable.

La historia clínica no debe ser sólo un interrogatorio, sino que hay que observar mucho y oír más. Vale no sólo lo que se dice sino cómo se dice.

El tiempo en que se realiza la historia clínica no debe ser tan importante para el odontólogo, ya que además de brindarnos seguridad, es un motivo de toma de contacto con el pequeño. El odontólogo decidirá en base a su experiencia el mínimo de tiempo para efectuarla, pero todo aquello que contribuya a un diagnóstico más exacto y a formular un plan de tratamiento adecuado, requerirá más tiempo. En primer término nos interesa el motivo de la consulta.

La visita al odontólogo es para el niño una experiencia que desencadena tanto nerviosismo como dolor. Esto se debe a que en la mayoría de los casos acuden a la consulta cuando la salud bucal es deficiente e incluso existe dolor en un porcentaje elevado.

El odontólogo nunca debe perder el control, ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, hacia la situación en que se encuentre el paciente. Debe así mismo detectar en forma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos enseguida.

A nuestro paciente lo podremos situar en cualquiera de estos dos grupos

- 1) Aquellos que nunca han tenido ninguna experiencia odontológica*
- 2) Aquellos que han tenido alguna experiencia odontológica previa*

Los niños que ya la han tenido, reaccionarán de acuerdo a lo buena o mala que ésta haya sido

El niño que no ha tenido ninguna experiencia médica u odontológica es candidato ideal para convertirse en un buen paciente. Asiste a la cita confiado, aunque atento a lo que pueda suceder. Si destruimos esta confianza, quizá lo convirtamos en un paciente desdichado, pues habremos creado en él cierto temor al odontólogo. Nuestro comportamiento tendrá que ser distinto en cada uno de los casos. No hay que olvidar que la actitud de la asistente será siempre tomada en cuenta por el niño. La asistente debe tener, entre otras cualidades, madurez emocional y estar adiestrada en el trato de los niños; deberá hablar el mismo idioma de los niños, identificarse con ellos y atenderlos adecuadamente. Pues es ella quien lo recibe al llegar al consultorio y en consecuencia quien inicialmente orientará la conducta del niño con el odontólogo.

La recepción deberá ser moderada, cordial y sincera, sin demasiada familiaridad o entusiasmo, porque algunos desconfían de este tipo de actitud

No hay que darle la mano a la fuerza, ni saludarlo con voz demasiado alta

Trate al niño con confianza de una manera natural. Pues los niños temen a las caras desconocidas. Una voz amistosa da mucha seguridad, el tener alguna información previa del niño y saludarlo por su nombre, facilitará las cosas

Las visitas para el niño muy pequeño o muy temeroso deben ser cortas, no deben permanecer más de media hora en el sillón dental

Hay que tomar en cuenta la hora en que se le da la cita al pequeño, porque hay niños que acostumbran a tener siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y difíciles de manejar

Cuando las sesiones se prolongan parece haber un deterioro en la conducta del niño

Sería un error tratar de hacer demasiado en la primera visita. Si no siente dolor en algún diente, bastará la inspección y profilaxis dental, aun cuando haya muchos dientes carados, o destruidos. También se deberán tomar las radiografías necesarias. Después el odontólogo debe invitar al padre para discutir brevemente lo observado y el tiempo que será necesario para completar el tratamiento

Cuando un paciente acude de emergencia al consultorio dental, es obligación del odontólogo aliviar el dolor, y determinar si la situación puede convertirse posteriormente en una amenaza a la salud general del paciente

En "caso de urgencia" los niños suelen generalmente ser muy aprensivos, sobre todo si se procede a realizar sin explicación previa tratamientos dolorosos

El odontólogo deberá resolver primero la reacción al medio, antes de examinar o tratar al niño. Luego con el paciente ya más tranquilo, la acción deberá estar encaminada a controlar la urgencia, evitando, donde sea posible, el aumentar la molestia

El tratamiento deberá ser breve y sencillo. Un niño que teme al dolor aceptará el procedimiento si tiene la seguridad de que el alivio llegará pronto

En una futura cita se establecerá el tratamiento definitivo, si fuera necesario

Los dolores dentales más comunes en los niños son los originados por los abscesos de origen pulpar

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al odontólogo

Cuando se les habla a los niños se les deberá de poner a su mismo nivel en posición y conversación, en palabras e ideas. Con las palabras cotidianas y sencillas que usan los niños de la edad de su paciente, de temas familiares y aun poner algo de fantasía para dar más interés. Si los niños hacen preguntas trate de responder con la mayor exactitud posible, pero no deje que los niños usen las preguntas como medidas diátonas

Se le deberá dar al niño una atención completa, como si él fuera el único paciente que usted ve al día. Tampoco deje al niño muy pequeño sentado solo en el sillón, ya que puede aumentar sus temores

Es necesario insistir en la educación y prevención odontológica por parte del odontólogo. El uso de diapositivas, dibujos, películas y equipo audiovisual es muy útil en la enseñanza de técnicas de cepillado, limpieza y prevención. Cualquier método es bueno para motivar a los pequeños, esto dependerá del doctor

PERFIL DEL NIÑO COOPERADOR

La mayoría de los niños de 36 a 40 meses de edad se comportan de manera adecuada, si son manejados correctamente. Estos pacientes pueden ser los más fáciles de tratar entre todos los existentes

Los tratamientos dentales para estos niños constituyen una experiencia profesional muy agradable y recompensante

Es divertido platicar con el paciente infantil, hacerle preguntas, conocer su programa de televisión favorito, etc. Conversar con los niños resulta entretenido y tranquilizante

El niño cooperador reacciona de manera conveniente a los "momentos críticos" de la cita dental

Las "crisis" más frecuentes en la odontopediatría y cómo las maneja el niño cooperador son las siguientes

SEPARACION DE LOS PADRES

La separación de los padres no siempre se lleva acabo. El niño menor de 36 a 40 meses de edad generalmente se comporta mejor cuando su madre lo acompaña al cubículo dental

A una edad mayor, casi todos los niños no necesitan que sus padres los acompañen, pero el odontólogo quizá requiera la presencia paterna durante las siguientes citas

Cuando la madre de un lactante mayor (2 1/2 - 3 años), le acompañe al cubículo dental, deberá estar lista para salir si el niño no se comporta de manera adecuada. Este acuerdo entre la madre y el odontólogo deberá establecerse antes de que el niño se sienta en el sillón dental. es importante que el pequeño conozca el acuerdo.

El niño cooperador se separa con facilidad de sus padres. En algunas ocasiones se notará el deseo del niño por comenzar, no mostrará temor, y platicará con libertad.

COLOCACION EN EL SILLON

Algunos niños tienen problemas para sentarse en el sillón dental, debido a temores naturales y al miedo a despegar los pies del suelo. Algunos pacientes necesitan ayuda y es preciso guiarlos de la mano o aun levantarlos y colocarlos en el sillón.

Sin embargo, el niño cooperador se sienta sin demora. Esto provee la primera oportunidad para premiar al paciente por su comportamiento adecuado y capacidad para hacer las cosas que se le piden.

El paciente cooperador seguirá al pie de la letra las instrucciones del odontólogo. Ejemplo -

" Abre la boca grande ".

LA INYECCION

Esta constituye el procedimiento más temido en la odontología pediátrica, y tal vez en la odontología en general. Sin embargo, no es un obstáculo importante para la mayoría de los niños, ya que en muchos de los casos nunca se dan cuenta de que recibieron un piquete para aplicarles el anestésico.

Algunos pequeños conocen una descripción aterradora de la aguja y anticipan el dolor. Por fortuna, la mayoría acepta el procedimiento aunque con lágrimas.

Los pacientes aprenderán que el "piquete" no es del todo malo, y es sólo una ligera sensación de pelizcamiento en la boca. El odontólogo no debe mentir en cuanto a la aguja, deberá explicarle al pequeño que sentirá un ligero pellizco.

Cuando el niño comienza a resistirse, es preciso establecer un firme control con la voz.

Pocos odontólogos encuentran útil mostrar la jeringa al niño que "quiere ver cómo es?". Por lo que no se aconseja usar este procedimiento.

Un niño quizá lllore durante la inyección, y tal vez requiera cierta restricción momentánea de brazos y cuerpo, aún así deberá calificarse al niño como paciente cooperador, ya que cuando se retira la aguja el llanto desaparece.

PROCEDIMIENTO DENTAL

Cuando se administra una inyección anestésica, el tratamiento es restaurativo 9 de cada 10 veces

Muchos pequeños se quedan dormidos durante el procedimiento, esto pudiera sorprender, pero la mayoría, aun los de 3 años de edad, pueden tolerar una cita dental larga sin agitarse

El procedimiento dental que causa mayor ansiedad en el pequeño es la extracción dental, esto se debe a la fuerza y torsión requerida para realizarla. Por suerte, la mayor parte de las extracciones pediátricas son rápidas y sencillas

TERMINO DE LA VISITA

El niño cooperador concluye su cita excitado. Está deseoso por salir, pero a la vez es suficientemente paciente y humano para recibir las felicitaciones por su conducta en el sillón dental

REGRESO DEL NIÑO CON SUS PADRES

Algunos niños desean que sus padres sientan culpa por llevarlos con el odontólogo, y se presentan como víctimas. A menudo se interrumpe esta dramatización cuando el odontólogo o el asistente están presentes.

Los pacientes cooperadores en el consultorio dental regresan con sus padres radiantes de orgullo, saben que hicieron algo bien y que satisfacen a sus padres.

Cuando se realiza una labor correcta con los niños, casi todos regresan para ser pacientes cooperadores y tolerantes, sin embargo hay excepciones, las cuales es preciso comprender.

NIÑOS NO COOPERADORES

Son niños que no pueden superar o no hacen frente a estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental

*- El primer grupo se constituye de **pacientes con afección emocional**. La odontología al igual que muchos otros desafíos de la vida se complican para estas personas por sus problemas psicoemocionales. Es importante tomar en cuenta que el problema pudiera no estar diagnosticado*

*- El segundo grupo es el de los **"timidos"**. Estos niños son introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales relativos a la **visita dental**. La mejor técnica de manejo para ellos consiste en romper la barrera con **amistad***

*-El tercer grupo incluye a quienes enfrentan dificultades porque **temen al odontólogo**. El temor a las agujas representa el 90% de la causa de miedo en la odontología*

*-El cuarto grupo es el de **no cooperadores**, a quienes les **desagrada la autoridad**. Este tipo de **pacientes detesta las citas dentales** y basa su **insatisfacción** en una **aversión a obedecer las ordenes** de los adultos*

GRUPO I : NIÑO CON ALTERACION EMOCIONAL

Los niños afectados desde el punto de vista emocional son en términos generales pacientes dentales muy deficientes. No es agradable trabajar con ellos, ya que es como si en su cuerpo no quedara niño alguno.

Con frecuencia no hay diagnóstico confirmado en estos casos. Los padres frecuentemente no tienen idea alguna de que algo esté mal. Acostumbrados al comportamiento de su hijo, pasan por alto las anomalías de la conducta de éste o racionalizan una explicación del por qué su hijo se conduce de cierta manera.

Casi todos los padecimientos emocionales son diagnosticables y tratables, y mientras más pronto se considere la alteración, más rápido y eficaz será la terapéutica.

El trastorno emocional también puede ser problema para los niños con hogares desintegrados y otras circunstancias familiares poco deseables.

Los niños de escasos recursos económicos tal vez sufren más alteraciones emocionales que otros de clases más privilegiadas. Los niños abandonados y maltratados poseen un porcentaje más alto de padecimiento emocional.

Cuando se sospecha maltrato y abandono, el odontólogo tiene la obligación legal de informar dicha situación a las autoridades respectivas.

GRUPO II : NIÑO TIMIDO O INTROVERTIDO

La introversión o la timidez constituye un problema para mucha gente , incluso para los niños , en particular los muy pequeños

Como la experiencia odontopediátrica es un encuentro humano bastante intenso que exige simpatía y comunicación entre el odontólogo y el paciente , es obvio que el niño muy tímido sufrirá estrés por tal experiencia . Esta tensión quizá provoque conductas evasivas como el llanto

Por lo regular éste adquiere la forma de un sollozo compensatorio . Rara vez el introvertido muestra comportamiento agresivo de evasión como un berrinche , se le puede comparar con un cachorrito que cuando se ve amenazado tiembla

Como con todos los niños , el primer objetivo del odontólogo es establecer simpatía , confianza y comunicación . Con los tímidos , esto exige paciencia porque se encuentra poco capacitado para " actuar con cuidado ante alguien y determinar lo que piensa o puede hacer " . El desafío de la comunicación los paraliza

Con todo , por muy grande que pudiera parecer el reto , las técnicas de platicar a su nivel , como felicitarlos y el método de decir , mostrar y hacer , penetran con seguridad la barrera que estos niños forman alrededor de su personalidad y , con el tiempo , a veces muy rápido , se abren

Cuando lo hacen , por lo regular se convierten en muy buenos pacientes

Esta apertura no siempre acontece , pero con frecuencia se lleva a cabo

GRUPO III : NIÑO ATEMORIZADO

Un niño atemorizado representa un reto enorme para el odontólogo en este caso. Al atender a este tipo de pacientes, el odontólogo enfrenta un problema particular, pues a pesar de que el encuentro dental no es muy largo, es intenso y requiere mucha cooperación por parte del niño.

Estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo al daño corporal y temor a lo desconocido.

La contestación a la pregunta de que si un niño puede portarse mal ante el odontólogo por temor es afirmativa.

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

GRUPO IV : NIÑO REBELDE ANTE LA AUTORIDAD

Se ha escrito mucho en la literatura dental acerca de los niños difíciles que no pueden seguir bien las instrucciones de los adultos (Pinkham 1983).

Algunos adjetivos para estos pacientes son consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes

Hay niños para quienes la alteración emocional, la introversión o el temor no son motivos de conducta inadecuada en el consultorio dental. En cambio, la causa reside en el rechazo a la autoridad. El odontólogo es una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio, por lo cual constituye un candidato especial para estimular este tipo de conducta inadecuada

CAPITULO IV

TECNICAS DE MODIFICACION CONDUCTUAL

La conducta que adquiere el niño dentro del consultorio dental se verá influenciada por la amabilidad con que lo atienda el odontólogo

Cuando el niño tiene un proceder incorrecto, el odontólogo deberá ignorarlo puesto que de esta forma, al ver que no existe un reforzamiento, modificará su conducta. Claro que esto estará condicionado a la impresión y confianza que tenga el niño

La manera más sencilla y eficaz de erradicar las reacciones emocionales de los pacientes infantiles es el actuar con calma, tacto, paciencia, comprensión, sinceridad y firmeza. Pues aunque existen numerosos métodos empleados en la odontopediatría para manejar psicológicamente al niño, no siempre son eficaces en la eliminación del temor

1.- DECIR, MOSTRAR, HACER

Este método equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante

La técnica es sencilla y generalmente funciona. Antes de comenzar cualquier maniobra debe el odontólogo explicarle al niño que se hará y después se simula que ocurrirá, antes de iniciar el procedimiento

EJEMPLO: *"Luisito, voy a limpiar tus dientes con este cepillo especial (contrángulo y copa de hule). ¿Ves esta copa de hule suave?. Bien, cuando piso el pedal la copa de hule gira, a esta se le pone pasta de dientes, con la cual voy a limpiar tus dientes para que brillen.*

Ahora Luisito toca con tus dedos la copa y déjame pasarla por tus uñas para que sientas como funciona.

De acuerdo Luis, por favor abre la boca grande, Gracias".

La selección de palabras es importante en esta técnica. El éxito estriba en que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender

2.-CONTROL MEDIANTE LA VOZ

Este método requiere de mayor autoridad del odontólogo durante su comunicación con el niño

El tono de voz es muy importante, ya que habrá de proyectar la intención de
"Soy quien manda aquí".

La expresión facial del odontólogo también debe reflejar esta actitud de confianza

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

3.- MANO SOBRE BOCA

En este método, el odontólogo coloca su mano sobre la boca del niño que llora de forma histérica. Con esto controla el berrinche y otros ataques de ira. Esta técnica deberá usarse en conjunción con el control de la voz.

Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil (Levitas, 1974).

La finalidad de la técnica es obtener la atención y el silencio del niño para que pueda escuchar al odontólogo.

La técnica de mano sobre boca continúa siendo algo controversial por razones obvias. Los críticos estiman que desde el punto de vista psicológico puede ser provocativa para el niño.

Esta técnica perdura en el repertorio de la mayoría de los odontólogos para manejar la conducta, porque funciona con rapidez y es muy eficaz en la perspectiva del costo.

4.- RESTRICCIÓN FÍSICA

Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales

Esta técnica se limita únicamente a niños inmanejables

Una alternativa a la restricción física abarca el tratamiento con medicamentos o anestesia general. Estos métodos pueden ser costosos y además peligrosos

Dos aspectos de la restricción física son el manejo de los maxilares y la conservación de la apertura bucal del niño. Para este fin se cuenta con

1.-Abrebocas Molt

2.-Abrebocas McKesson

3.-Abatelenguas unidos con cinta adhesiva

Los principales candidatos para tal restricción son los niños muy pequeños (menores de 30 meses) que requieren el tratamiento urgente para traumatismos, e infantes impedidos, incluso aquellos con retraso mental

5.- FELICITAR Y COMUNICAR

Toda la gente, incluso los niños, reaccionan de manera favorable a las felicitaciones. Asimismo, la odontopediatría eficaz equivale a una comunicación eficiente del dentista con el niño y viceversa.

Felicitar y comunicar de manera eficaz con la técnica de decir, mostrar y hacer constituye una combinación inmejorable para el manejo dental infantil en los niños mayores de 3 años de edad.

REFUERZOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

(Alabar, Ignorar y Castigar)

Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con mayor rapidez, y por lo tanto debe ser algo que el niño identifique como para ser dado a consecuencia de su conducta

El refuerzo positivo ("**recompensa**"); se define como cualquier evento (consecuencia) que sigue a una respuesta dada que incrementa la probabilidad de una recurrencia de esa respuesta (o Conducta)

Los refuerzos positivos incluyen artículos tangibles como monedas, juguetes, o eventos sociales como elogios, atenciones etc

	PRESENTE	ELIMNADO
REFORZADOR POSITIVO	REFUERZO POSITIVO	CASTIGO
REFORZADOR NEGATIVO	CASTIGO	REFUERZO NEGATIVO

El acto de premiar es una forma de refuerzo positivo

Los refuerzos, sean positivos o negativos, intentan aumentar la frecuencia de una conducta deseada. Por el contrario, para reducir la frecuencia o extinguir la conducta no deseada, el odontólogo puede emplear el castigo. El castigo puede acarrear la presentación de refuerzos negativos como hablar a gritos, sujetar al niño, mostrar autoridad o colocarle una mano sobre la boca. El intento es terminar con rapidez una conducta intolerable

El castigo también puede emplearse a través del retro de un refuerzo positivo como hacer que los padres salgan de la habitación o ignorar las conductas con las que el niño pretende llamar la atención

Esta última técnica se utiliza con conductas molestas pero tolerables como gemir, una inquietud ligera, o tácticas dilatorias

Las tres técnicas que con más frecuencia se utilizan en el manejo pedagógico de la conducta infantil son

PREMIAR

IGNORAR

CASTIGAR

PREMIAR

Como todos los refuerzos positivos, requiere un tiempo razonable para que sea eficaz. Esta técnica tiene los resultados más duraderos

CASTIGAR

Actúa más rápido con las conductas indeseables pero no permite al niño comportarse mejor a menos que el refuerzo negativo sea seguido por un refuerzo positivo

Ejemplo Si un niño es exageradamente obstinado y rebelde, el odontólogo puede primero tratar de ignorar el gemido y el llanto y premiar al niño porque haye abierto la boca o porque trate de mantener las manos a sus costados. No obstante, su conducta puede volverse intolerable, a causa de que el niño comience a gritar o a resistirse físicamente. El odontólogo puede emplear la sujeción física (Castigo) y entonces ofrecer liberar al niño en la contingencia de que de su cooperación (refuerzo negativo).

Finalmente, cuando el niño coopera, es premiado enseguida (refuerzo positivo)

La consistencia juega un papel muy importante dentro del manejo de la conducta Para acelerar el proceso de aprendizaje y también debido a que la atención del niño puede ser corta, es necesario premiar inmediatamente y cada vez que realice una conducta deseada

Una vez que el niño aprende la(s) conducta(s) deseada(s), el refuerzo intermitente mantendrá la conducta

Se sabe que una alabanza por cada cinco conductas positivas por lo menos, mantendrá firmemente una conducta establecida

GUIAS PARA LA ALABANZA

QUE

- 1.- Cualquier conducta que usted quiera y desee ver repetida*
- 2.- Avances pequeños hacia una conducta deseada (aproximación sucesiva)-equivalente a "moldear" la conducta del niño.*

COMO

- 1.- Dar directrices claras y simples*
- 2.- Proporcionar atención positiva-contacto ocular, palabras agradables, atención física*
- 3.- Ser simple y específico acerca de lo que se desea*
- 4.- No malograr el efecto positivo agregando una crítica después del elogio*

ESTA TESIS NO DEBE
QUEDAR EN LA BIBLIOTECA

CUANDO

- 1.- Alabar inmediatamente para eficacia máxima**
- 2.- Si no es posible la alabanza inmediata, retardarla también es efectiva**
- 3.- Elogiar cada vez que se produce una aceleración de la conducta**
- La consistencia es muy importante-
- 4.- Una vez que la conducta positiva nueva está firmemente establecida, los elogios intermitentes la mantendrán (debe de haber por lo menos una alabanza por cada cinco conductas positivas)**

GUIAS PARA IGNORAR LAS SITUACIONES

QUE

- 1.- *Conductas indeseables pero no intolerables*
- 2.- *Diversiones : Cambiar el tema, evitar o retardar el tratamiento, distraer*
- 3.- *Conductas molestas gemir, interrumpir, demandar, hacer ruidos*
- 4.- *Utilizando a menudo simultáneamente con la alabanza*

COMO

- 1.- *Voltear en dirección contraria al niño*
- 2.- *No responder a cosa alguna*
- 3.- *Ser firme y continuar ignorando hasta que la conducta pare*
- 4.- *Elogiar el primer signo de conducta deseada*

Se debe de tener muy presente que el niño puede acelerar la(s) conducta(s) indeseable(s) antes de lograr que coopere.

GUIAS PARA CASTIGAR

QUE

- 1.- *Una forma para reducir la conducta intolerable*
Sólo debe usarse como último recurso

COMO

- 1.- *Dar una orden terminante específica Si el niño se detiene, alabarlo, y considerar terminado el evento, por ejemplo. "Deja de mover tu cabeza".*
- 2.- *Dar una señal de advertencia si la conducta continúa. "Si mueves tu cabeza , voy a llamar a alguien para que te ayude a dejar de moverla"*
- 3.- *Si continúa , proseguir la acción*
- 4.- *Estar calmado, imperturbable*
- 5.- *No debe haber atención a la conducta del niño mientras esté actuando*
- 6.- *Cuando haya terminado, es decir un evento pasado. No amenazar, regañar o sermonear*

PUNTOS PARA RECORDAR:

- 1.-Los padres enseñan a los niños a resolver sus problemas en la forma en que ellos resuelven los suyos**
- 2.-Castigar hace a los niños sentirse ansiosos y sentirán mala voluntad contra el que formuló el castigo**
- 3.-Si usted se descubre castigando la misma conducta más de unas cuantas veces, entonces el castigo no está trabajando**
- 4.-Elogiar conductas que son incompatibles con la conducta problema**
- 5.-No emitir amenazas: "Detente o verás"**
- 6.-Usted debe de ser consistente y siempre proseguir sus acciones**
- 7.-La edad mental del niño es un factor primario**

No olvidar: El objetivo de usar el castigo es : "Dejar de tener que usarlo".

CONCLUSION

El Cirujano Dentista además de haber adquirido a lo largo de su carrera conocimientos para resolver en forma eficiente cualquier problema bucal que se le presente, deberá conocer la psicología infantil, y deberá observar y analizar psicológicamente al pequeño

El odontólogo deberá mantenerse siempre ecuánime, de buen humor y optimista, para así lograr comunicar al niño su entusiasmo y deseo de colaboración durante sus visitas al dentista

Deberá procurarse dar al niño un trato amable, para que éste se sienta en confianza. Se deberán evitar las sesiones muy largas que lo cansen o molesten

El odontólogo además deberá estar preparado para educar no solamente a los niños, sino también a los padres puesto que muchas veces éstos transmiten a sus hijos sus temores o malas experiencias formando en los pequeños, traumas provocados por falsos conceptos de lo que es la consulta dental

BIBLIOGRAFÍA

Thomas K Barber , Larry S Luke

Odontología Pediátrica

Editorial El Manual Moderno, S A de C V

México , D F

Finn Sidney B

Odontología Pediátrica

Editorial Interamericana

5 a Edición

México , 1982

Finn, Sidney B

Odontología Pediátrica

Editorial Interamericana , 4a Edición

México , D F 1976

Sidney B , Mac Donald

Psicología del desarrollo infantil, teoría empírica y sistemática de la conducta

México , 1977

Byou Sidney , Baer D
Psicología del desarrollo infantil
Editonal Trilias
Tomo I y II
México, 1980

Holz
Odontopediatría, Odontología para niños y adolescentes
Editonal Médica Panamericana
Argentina , 1977