

6-201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA  
CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I N A

Que para obtener el título de  
Cirujano Dentista  
presenta:

MARISOL ALCOCER GORDILLO

Asesor:

C.D. ANGELES L. MONDRAGÓN DEL V.

No. 30. *Angel L. Mondragón del V.*



FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA

Ciudad Universitaria, 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

26252.4



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.

En la voluntad del padre,  
para que siempre guíe mi mano.

A la Universidad Nacional Autónoma de México,  
Por darme la oportunidad de ser Universitaria

A la Facultad de Odontología,  
que me vio poner poco a poco cada paso sobre los de mi madre.

A mi mamá:

Dra. Maricela Gordillo.

Por compartirme tu universidad, tu facultad y tu carrera, por ser siempre el ejemplo a seguir, por tu apoyo y entrega incondicional, esperando llegar a ser como tú.

A mi hermana Araceli:

Por estar siempre ahí a pesar de todo y porque tenemos todavía un largo camino que recorrer, pero juntas.

A mi abuelita:

Quien siempre ha sido ejemplo de firmeza y de lucha, de amor sincero y sin rodeos, a quien tanto quiero.

A mi tío Isáin:

Con todo el respeto y admiración del mundo, por permitirme darte mi cariño de hija y por dejarme aprender de ti.

A Jorge:

Por tu preocupación, tu consejo siempre a tiempo, tu cariño, por ser para mí un padre y sobre todo por tu amistad, la que no me permite decirte tío.

A Cristi:

Pues aunque lejos, siempre sabe como infundir ánimo y alegría para salir adelante

A Georgina:

porque más que la tía que cualquiera desearía tener, nos une la amistad.

A Gabriela y a Mariana:

Esperando llegar a ser ejemplo para las dos, por todo lo que disfrutamos juntas y por la fortuna de que sean mis primas.

A Carmen:

Por cuidarme desde siempre, por tu interés y preocupación, por ayudarme siempre que lo necesito y siempre estar junto a mí

A Cecilia:

Por ocho años y por todos los que están por venir, por tu sincera e incondicional amistad,  
por ser para mí mas que una amiga, mi hermana.

A Samia:

Porque los amigos se cuentan con los dedos de una mano y tu y yo hemos pasado la prueba.

A mis amigos:

Porque son la alegría de compartir lo que soy, por estar ahí si los necesito y porque me  
hacen seguir creyendo en el mundo.

Carolina, Segl, Lizbeth, Paco, Juan Alejandro, Jessica, y Lety

A las tres familias que me han acogido con cariño como arte de ellas:

Fam. Mendez, Fam Fierro y Fam Drews, mis papás alemanes.

A mis profesores:

Los que han sido ejemplo de rectitud, ánimo, esfuerzo y deseo de superación. por  
compartirme amablemente su conocimiento.

Profa. Imelda E. Díaz, Dra. Patricia Vargas, Dr. Pedro Rodriguez,

Dr. Christian Finke, Dra. Angeles Mondragón.

A todos y cada uno de mis pacientes:

A quienes agradezco su confianza y paciencia, por dejarme servirles y porque cada uno es  
diferente y especial.

A mi asesora

· Dra. Angeles Mondragón:

Por su tiempo y dedicación pues me ha dejado aprender de usted, algo más que odontología

Y muy especialmente

A Octavio:

Quien ha sabido encontrar la manera de hacerme aún más feliz y con quien puedo compartir  
el amor a Dios .

Por tenerme paciencia. por interesarte en cada cosa que hago por esperarme y por confiar en  
mi

¡GRACIAS!

MARISOL ALCOCER G.

“Abordemos todos los problemas de los niños con afecto. De ellos es la provincia de la alegría y del buen humor. Son la parte más sana de la raza porque son los más recientemente llegados de la mano de Dios.”

Hebert Hoover

“No es un diente ni un grupo de piezas dentarias lo que nos interesa sino el niño íntegro, sus sentimientos y personalidad, con su plena potencialidad de vida y futuro en un ambiente familiar y en un medio social determinado. Porque si mientras se están enderezando los dientes, se está doblando el Yo, toda validez del proceso es dudosa.”

Samuel Leyt

INDICE

	Pág.
INDICE-----	1
INTRODUCCIÓN-----	3
CAPÍTULO I-----	5
DESARROLLO-----	5
1.1 Areas determinantes de desarrollo-----	6
1.2 Fases del desarrollo-----	7
1.3 Relaciones interpersonales-----	10
1.4 Influencia familiar-----	11
1.5 Experiencias dentales anteriores-----	13
1.6 Aprendizaje-----	14
1.7 Personalidad-----	16
CAPÍTULO II-----	17
CONDUCTA-----	17
2.1 Clasificación de la conducta-----	17
2.2 Características de la conducta en diferentes edades-----	22
2.3 Objetivos del manejo de la conducta-----	26
2.4 Reacciones emocionales comunes en el niño-----	27
CAPÍTULO III-----	33
MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA-----	33
3.1 Ambiente del consultorio-----	34
3.2 Importancia de la primera cita-----	36
3.3 Desensibilización-----	39
3.4 Modelamiento-----	40
3.5 Actitud-----	41
3.6 Comunicación-----	43

3.7 Refuerzo de la conducta-----	44
CAPÍTULO IV-----	46
TECNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA-----	46
4.1 Decir mostrar hacer-----	46
4.2 Control de voz-----	48
4.3 Mano sobre boca-----	49
4.4 Hipnosis-----	51
4.5 Relajación-----	52
4.6 Distracción-----	52
4.7 recompensa al final del tratamiento-----	53
CAPÍTULO V-----	55
MODIFICADORES DE LA CONDUCTA-----	55
5.1 Restricción física-----	55
5.2 Premedicación-----	59
5.3 Sedación conciente-----	60
5.4 Anestesia general-----	62
CAPÍTULO VI-----	64
PAPEL DE LOS PADRES EN EL MANEJO Y CONTROL DE LA CONDUCTA INFANTIL-----	64
6.1 Triangulo del tratamiento pediátrico-----	64
6.2 Comportamiento de los padres-----	66
6.3 Justificación y beneficios de la separación del niño y los padres-----	71
6.4 Instrucciones a los padres de familia-----	73
6.5 Implicaciones éticas y legales-----	76
CONCLUSIONES-----	78
BIBLIOGRAFIA-----	79



## INTRODUCCIÓN

Puede considerarse a la odontología infantil como uno de los servicios más necesitados, sin embargo algunas veces es al que menos importancia le da aún el mismo odontólogo, ya sea por ignorancia o por indiferencia a trabajar con niños, siendo que la importancia de este tratamiento o falta de él, podría llegar hasta dañar permanentemente el aparato masticatorio de un niño.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que estamos tratando con organismos en periodo de formación. Por lo tanto, podemos considerar que el crecimiento físico, es el resultado de las interacciones entre la proliferación celular genéticamente controlada y las influencias ambientales que modifican el programa genético. Y como no podemos considerar al individuo tan sólo como un organismo vivo, debemos considerar así mismo que el comportamiento es el resultado de la interacción de las pautas de conducta innatas o instintivas y los comportamientos aprendidos. Cuanto mayor es un individuo, más complejas serán sus pautas de comportamiento y mayor importancia tendrán las conductas aprendidas.

Es muy agradable observar que muchos de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección puedan clasificarse como “buenos pacientes”, pero también es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprehensión y miedo, aunque como muestra la experiencia clínica, se pueden controlar estos temores, modificando esta conducta para llegar a un nivel razonable. En gran medida este temor ha sido ocasionado porque los padres de familia hacen revisar a sus hijos cuando estos se quejan de dolor; es entonces cuando la destrucción de los órganos dentarios es profunda y la única solución en la mayoría de los casos es la extracción.

El comportamiento poco cooperativo del niño, está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable o doloroso y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar, todo esto manifestándose de diferentes maneras, que van desde el miedo, la preocupación y la ansiedad hasta la formación de fobias que estarán dadas por los diferentes tipos de desarrollo y educación de los niños.

Es muy difícil determinar con precisión, todas las reacciones emocionales del niño, tanto aquellas que sean positivas, como aquellas que son negativas en determinadas situaciones, algunas de estas reacciones emocionales son inherentes a factores genéticos que puedan tener inclusive un origen orgánico. Otras mas bien, son producto de las contingencias de su desarrollo temprano y el aprendizaje de otros modelos, que obviamente varían en cuanto a la edad, a las cuales llamaremos “determinantes del desarrollo” que son aquellas que tomaremos en cuenta para el tratamiento de cada uno de los diferentes niños.

Los temas de la conducta y su modificación, no son nuevos en la odontología pediátrica, sin embargo, con el advenimiento de la investigación en la ciencia de la conducta, éstos esfuerzos han comenzado a esclarecer la dinámica de la misma. Esto ha dado al odontólogo una oportunidad no sólo de comprender y manejar la conducta del niño, sino valorar y modificar su propio comportamiento, para provocar la respuesta apropiada del paciente. Esto quiere decir que al aceptar tratar a un niño, siendo realistas y razonables, teniendo paciencia y no condenándolo por estar asustado. Es por ello que la práctica de la odontopediatría debe ser individualizada y es ahí donde deberemos reafirmar ese compromiso.

## CAPITULO I

### DESARROLLO

Cuando se presta atención odontológica a niños y jóvenes, es importante que el profesional intente ver el mundo desde la perspectiva del niño. El conocimiento de la psicología del desarrollo puede ayudar a comprender sus reacciones durante el tratamiento y también a llevar a cabo los mejores métodos para tratar con él y con sus padres. La psicología del desarrollo no se centra sólo en el desarrollo infantil, sino en todo proceso de desarrollo humano.

El desarrollo infantil implica aspectos físicos, intelectuales y emocionales que constantemente están en cambio.

Esta variada gama de manifestaciones pueden ser moldeadas dependiendo del medio ambiente que los rodea. Sin embargo, es necesario precisar que la edad psicológica del niño no corresponde siempre a la edad cronológica.

Además de esta diferencia de edades el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos, siendo quizá una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra.

Es un hecho que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia que sigan exactamente el mismo esquema. Es por ello que en el diagnóstico de los problemas de conducta y de planeación del tratamiento dental deben considerarse ambas edades, psicológica y fisiológica.

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. Aunque cada área del desarrollo es importante para comprenderlo el área menos explorada y más importante para el odontólogo abarca el conocimiento de la forma en que el niño piensa y en consecuencia de la forma en que reacciona a una situación a menudo llena de tensiones por lo que el desarrollo mental en términos de la edad ejerce una influencia decisiva sobre si el niño aprende a aceptar del todo el tratamiento dental.

Un niño nace con varios reflejos como llorar, moverse y aferramiento. De estos reflejos desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo. Finalmente de este conjunto de reflejos primordiales el niño desarrolla la habilidad de resolver problemas complejos y de enfrentarse al mundo.

## 1.1 Areas determinantes del desarrollo.

En lo que respecta al tratamiento odontológico las áreas del desarrollo más importantes son: motora, adaptativa, conducta verbal y social, y personalidad. La conducta motora incluye el desarrollo moto-grueso, la marcha, el desarrollo motor-fino, y los movimientos y coordinación de los dedos. Esta parte del desarrollo le dará al niño la capacidad de permanecer sentado durante el tratamiento y de cepillar correctamente sus dientes.

La conducta adaptativa, significa adaptación a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje. Dentro del tratamiento odontológico su importancia es la adaptación a la situación.

El comportamiento verbal incluye todos los mensajes verbales, desde el balbuceo, hasta la construcción de frases, el vocabulario y la comprensión de varias palabras. El conocimiento de la capacidad de comunicación de los niños es importante en todo tratamiento.

La personalidad y la conducta social son la interacción del niño con su ambiente global, en especial con sus padres, otros adultos, niños y en este caso el odontólogo. Los factores ambientales que desempeñan el papel principal en el desarrollo emocional temprano del niño son aquellos que lo rodean en forma inmediata durante sus primeros años de vida.

## 1.2 Fases del desarrollo.

A diferencia de lo que sucede con el aprendizaje continuo por condicionamiento y observación, tanto el desarrollo afectivo o de la personalidad, como el desarrollo cognoscitivo o intelectual parecen pasar por diversas faces relativamente diferenciadas.

El desarrollo afectivo se basa en la teoría psicoanalítica de Freud sobre el desarrollo de la personalidad, donde se habla de las “ocho edades del hombre” que representan una progresión a través de una serie de fases de desarrollo de la personalidad, que evoluciona en etapas “críticas” refiriéndose a la característica de los momentos cruciales, de decisión entre el avance y el retroceso, para lo cual el individuo recibe las influencias de su entorno social, y aunque dichas etapas guardan relación con las edades cronológicas, llegan a variar entre unos individuos y otros, pero el orden de las fases de desarrollo es contantes.

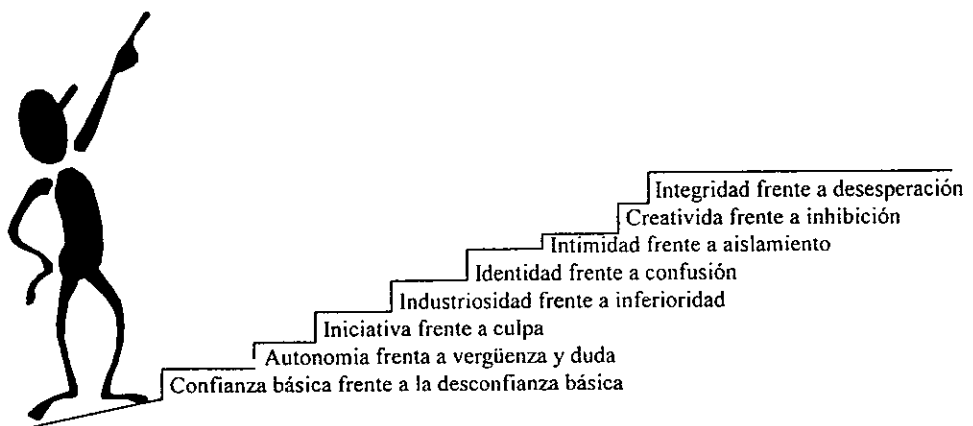
Las fases del desarrollo afectivo son:

1. Desarrollo de la confianza básica, que se establece desde el nacimiento hasta los ocho meses, donde se desarrolla la confianza o desconfianza en el entorno, generalmente dada por la madre, por lo que los fuertes lazos afectivos entre padres e hijos, nos dejan ver el porqué de la “ansiedad de separación”.
2. Desarrollo de la autonomía; que va desde los diez y ocho meses hasta los tres años y es donde el niño comienza a alejarse de la madre por lo que desarrolla un sentimiento de identidad individual o autonomía.
3. Desarrollo de la iniciativa; que comprende desde los tres hasta los seis años, en donde el niño sigue acrecentando su autonomía pero añadiendo la planificación y la insistencia a diferentes actividades. La iniciativa se traduce en actividad física y movimiento, así como una gran curiosidad y afán por preguntar todo. La mayoría de los niños visita al odontólogo por primera vez. Durante esta fase, por lo que se puede aprovechar para ser planteada como una nueva “aventura” donde el niño puede salir triunfante.
4. Dominio de la destreza. Durante esta fase, desde los siete hasta los once años el niño se esfuerza para adquirir la destreza académica y social que le permitirá competir en una sociedad en la que se concede un reconocimiento especial a los que producen.

5. Desarrollo de la identidad personal. La adolescencia, de los doce a los diez y siete años, es un período de desarrollo físico muy intenso y es también la etapa del desarrollo psicológico en la que se adquiere una identidad personal diferenciada, se establece la exclusividad y los valores propios, esto requiere un alejamiento parcial de la familia y el aumento de importancia de un grupo de amigos.
6. Desarrollo de las relaciones íntimas. Aquí es donde comienzan las fases adultas del desarrollo con el establecimiento de relaciones de intimidad con otras personas, esta etapa abarca el periodo de los adultos jóvenes.
7. Orientación de la generación siguiente. (adultos) donde ya se presenta la responsabilidad de los adultos maduros de establecer y guiar a la siguiente generación.
8. Consecución de la integridad. Esta es la etapa final del desarrollo psicosocial que representa a los adultos mayores y consiste en conseguir la integridad

### • LAS “OCHO EDADES DEL HOMBRE” DE ERICSON

Es más constante el orden de las etapas, que el momento en que se alcanza cada una de las fases.  
Algunos adultos nunca alcanzan las fases finales de la escala del desarrollo<sup>1</sup>



El desarrollo cognoscitivo o de la capacidad intelectual se produce también en una serie de fases relativamente diferenciadas, que son dos procesos complementarios, la asimilación y la acomodación. Desde el comienzo, un niño asimila los acontecimientos que se producen en su entorno.

Las fases del desarrollo cognoscitivo son:

1. Período sensoriomotor: Donde durante los dos primeros años, el niño pasa de ser un recién nacido de actividades reflejas, a ser un individuo que puede desarrollar nuevas pautas de conducta para afrontar otro tipo de situaciones. Durante esta etapa se desarrollan conceptos rudimentarios sobre los objetos.
2. Período preoperativo: Es cuando se desarrolla la capacidad de elaborar símbolos mentales que representen a cosas y acontecimientos que no estén presentes y los niños aprenden a emplear palabras para simbolizar esos objetos.
3. Período de operaciones concretas: Cuando un niño entra en esta fase, puede utilizar un número limitado de procesos lógicos, especialmente en relación con los objetos que se pueden tocar y manipular, por lo que en cuanto a la atención odontológica las instrucciones deben ilustrarse con objetos concretos como "aparato", "cepillo de dientes nuevo", "boca limpia", etc.
4. Período de operaciones formales: En esta fase la mayoría de los niños desarrollan la capacidad para afrontar conceptos y razonamientos abstractos, hacia los once años. Los procesos mentales se parecen ya a los de un adulto y pueden comprender conceptos como salud, enfermedad y tratamiento preventivo. Intelectualmente el niño puede y debe ser tratado como un adulto. Es tan equivocado hablarle a un niño que ha desarrollado la capacidad de entender conceptos abstractos utilizando las frases concretas necesarias para un niño de siete u ocho años, como asumir que este niño puede manejar ideas abstractas.

Dentro del desarrollo y el crecimiento del niño así como las fases de Erikson y las del desarrollo cognoscitivo, se presentan a diferentes edades o se llega a distintos tiempos, también ese desarrollo y cumplimiento de cada etapa estarán asociados a distintos agentes que influyen el comportamiento y la personalidad del niño, y estos son:

- a) Variables biológicas determinadas genéticamente.
- b) Variables biológicas no genéticas (falta de oxígeno durante el nacimiento o la malfunción de la glándula pituitaria)
- c) Experiencia de aprendizaje del niño.
- d) Medio ambiente psicosocial inmediato (padres, hermanos, amigos, maestros)
- e) Medio socio-cultural general, en que se desarrolla.

Donde las dos primeras son fuerzas naturales y las tres últimas son fuerzas ambientales y la interacción de ambas da como resultado el comportamiento y la personalidad del niño.

### 1.3 Relaciones interpersonales.

Existe una gran cantidad de interferencias personales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al odontólogo. Cada niño reaccionará frente al tratamiento de manera diferente, basándose en las influencias del medio y de su herencia.

Las relaciones entre padres e hijos se encuentran entre las principales relaciones interpersonales. Cuando se consideran en número y variedad, los factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, como afecto, hostilidad, rivalidad, etc., es impresionante la gran influencia que tienen para poder modificar la personalidad del niño.

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros. Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado.

Es necesario amor, para darle al niño la sensación de que se le quiere ayudar. Le da confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea.



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

Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que lo rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad. Dentro de este ambiente que influye en el desarrollo y comportamiento del niño se encuentran:

- a) Los padres, la casa y la familia.
- b) La escuela, los maestros, sus amigos.
- c) Las actividades extraescolares a las que pueda asistir.
- d) La información masiva no dirigida.
- e) Los antecedentes previos de la relación con extraños. (donde pueden figurar las experiencias anteriores médicas y odontológicas)

#### 1.4 Influencia familiar.

La actitud de los padres de familia es la que moldea y afina el comportamiento del niño durante la fase del desarrollo, por lo tanto, estará afectada por factores socioeconómicos, desarrollo cultural y entorno étnico.

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

El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios puede adquirir otros menos convenientes. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se pueden esperar comportamientos emocionales madurez, de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente.

Se consideran estas manifestaciones cuando podemos observar si las actitudes de los padres hacia los niños son defectuosas, ya que el comportamiento del niño puede alterarse hasta el punto de convertirlo en un paciente dental insatisfactorio. Por otro lado si los padres muestran actitudes

saludables hacia sus hijos, serán más dóciles, se comportan bien y en general son buenos pacientes.

La influencia de los padres sobre la visión del niño respecto a la odontología, es un factor primordial. Si ésta, es positiva, el niño se sentirá alentado a responder favorablemente y viceversa.

Aunque son ambos padres los que juegan un rol importante en el desarrollo psicológico de sus hijos, es la madre quien ejerce más influencia, debido al mayor contacto que tiene con ellos.

El papel que juega la madre, puede ser de “doble efecto” ya que algunas veces sirve de gran apoyo por su comprensión con el profesional y otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza el buen manejo del niño. Por eso no sorprende que las actitudes familiares, sobre todo las de la madre tengan gran influencia sobre el comportamiento del niño durante el tratamiento dental.

Los padres toman ciertas actitudes dándose perfecta cuenta de que no están creando ambientes favorables para el niño, y sin embargo, no se preocupan demasiado por las consecuencias. Conforme a esto, la ansiedad ante una situación dental en un niño sin experiencia, se relacione íntimamente con la de la madre. Basta decir que los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos haciendo que su manejo en el consultorio dental sea difícil.

Si no fueron inculcadas en el hogar actitudes positivas hacia el medio odontológico, puede ser difícil aunque no imposible, establecerlas en el consultorio. Si no está establecida antes la capacidad para confiar, podría resultar difícil ganarse la confianza del niño.

Cuando otros niños de la unidad familiar han sido tratados en el consultorio odontológico de manera positiva, el resto de los hijos suele esperar su oportunidad con ansia. Si las experiencias de los hermanos fueron desfavorables, la influencia será precisamente opuesta. Este grupo también debe considerarse de “dos extremos” ya que podría esperarse que las mismas actitudes referidas a los padres, se presentan entre hermanos, exagerando el miedo a experiencias que han vivido y en forma maliciosa se transmiten muchas veces falseando la verdad de los hechos.

La influencia que ejerce la escuela sobre la conducta del niño, es muy difícil de medir, ya que ni los padres ni el odontólogo serían capaces de determinar de qué grado es. Además de que puede ser variable ya que es positiva sobre todo cuando la información llega correctamente y sin duda. Los maestros tienen un rol importante para orientar adecuadamente la información al niño y a sus padres preparándoles para futuras experiencias. Sin embargo puede ocurrir también que la información llega deformada causando una imagen negativa del odontólogo creando cierto miedo a experiencias aún no vividas, por lo tanto se debe comprender que la experiencia escolar puede tensionar a algunos niños.

### 1.5 Experiencias dentales anteriores.

La extensión o las limitaciones de la experiencia previa médica o dental, bien pueden determinar las respuestas de conducta del niño. En muchos sentidos es más simple generar pautas de conducta positivas en el consultorio dental cuando no hubo una experiencia odontológica previa, puesto que existe la posibilidad de desarrollar técnicas de tratamiento personalizadas con el fin de reforzar pautas de conducta aceptables.

Cuando hubo experiencias previas de tratamiento extensas o negativas es necesario superar las ansiedades o temores existentes. El mal manejo del niño durante el tratamiento dental seguramente traerá actitudes desfavorables. Esta variable es tal vez la más difícil de corregir ya que el niño ha experimentado en "carne propia" que tal o cual procedimiento es molesto o doloroso o simplemente desagradable, pues en este caso no se puede engañar al niño diciéndole por ejemplo que una anestesia infiltrativa o troncular es agradable y que no le va a molestar si ya antes lo experimentó.

Cuando el niño llega por primera vez al odontólogo y ya ha visitado anteriormente al médico pediatra que lo ha tratado de alguna enfermedad de la infancia y le ha aplicado sus vacunas; pudiendo el niño asociar las experiencias pasadas, con aquellas deberían, de haber sido positivas, servirían de apoyo al odontólogo. De lo contrario serían un argumento para un mal comportamiento.

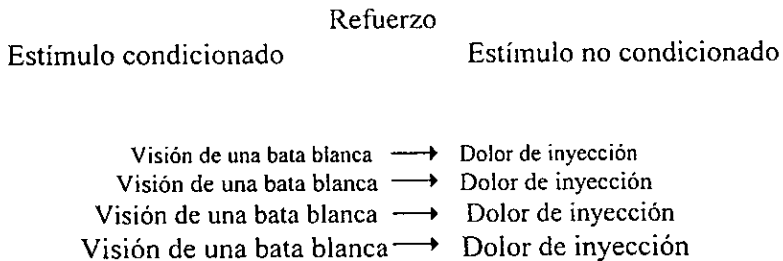
Los niños que han pasado por hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas reaccionan en general negativamente a la primera cita dental, por consiguiente, el tratamiento debe efectuarse en la forma más indolora posible.

## 1.6 Aprendizaje.

Los mecanismos básicos del aprendizaje parecen ser los mismos a todas las edades. Mientras se avanza en dicho aprendizaje aparecen comportamientos y habilidades más complejos, pero se clasifica éste proceso en etapas diferentes que son:

- a) Condicionamiento clásico
- b) Condicionamiento operante
- c) Condicionamiento por observación

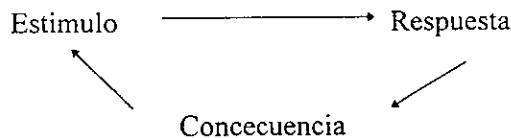
El condicionamiento clásico actúa con facilidad en los niños pequeños y puede tener un impacto considerable en la conducta de éste en su primera visita al dentista. Cuando un niño siente dolor, la reacción refleja consiste en llorar y retraerse. Si el niño llega a asociar el estímulo no condicionado del tratamiento doloroso con el estímulo que si es condicionado de las batas blancas en un consultorio, podría llorar y retraerse inmediatamente en cuanto vea al odontólogo o a su ayudante vestidos de blanco. Las asociaciones de este tipo tienden a generalizarse y las experiencias dolorosas y desagradables que se presentan en el tratamiento médico pueden extenderse al ambiente de la consulta odontológica.



- La asociación entre un estímulo condicionado y otro no condicionado se ve potencializada cada vez que tienen lugar los mismos. a este proceso se le denomina refuerzo.<sup>2</sup>

El condicionamiento operante consiste en que las consecuencias del propio comportamiento son un estímulo que puede influir en la conducta futura, es decir, las consecuencias derivadas de una respuesta modificarán las probabilidades de que esa respuesta se repita en una situación parecida.

En el condicionamiento clásico; un estímulo da lugar a una respuesta; en el condicionamiento operante una respuesta se convierte en un estímulo adicional. La regla general es que, si la consecuencia de una respuesta determinada es agradable o deseable, es más probable que esa respuesta se repita en el futuro pero si una respuesta determinada tiene consecuencias desagradables, disminuye la probabilidad de que dicha respuesta se emplee más adelante así, si un niño recibe una recompensa por portarse bien durante su primera visita al odontólogo, es más probable que se vuelva a comportar bien en visitas posteriores.



- En el condicionamiento operante las consecuencias de una respuesta determinada influirán en las probabilidades de que esa respuesta se repita en una situación parecida.<sup>3</sup>

El aprendizaje por observación es otra poderosa forma de adquirir pautas de conducta y se base en limitar la conducta observada al contexto social. Por supuesto la adquisición de pautas de comportamiento por la limitación de la conducta de los demás es totalmente compatibles con los dos tipos de condicionamiento anteriores.

Existen dos fases diferentes en el aprendizaje por observación: la adquisición del comportamiento y la ejecución real de dicho comportamiento. Los niños pueden aprender casi cualquier conducta que hayan observado de cerca y no sea demasiado complicada para ellos, pero la posibilidad de que un niño ponga en práctica un comportamiento adquirido depende de varios factores, siendo uno de los más importantes las características del modelo a imitar. Si al niño le agrada el modelo o siente respeto por él, existen más probabilidades de que llegue a imitarlo. Por este motivo los padres o los hermanos mayores suelen ser objeto de imitación para los niños.

## 1.7 Personalidad.

Cada niño tiene su propia personalidad, a pesar de que algunas características y rasgos, pueden ser menos estables y más bien representan un estadio de desarrollo. Es el hogar sin duda alguna el factor más importante para modelar la personalidad del niño, ya que las actitudes que el niño tiene hacia otros, están formadas principalmente por los padres.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes, también influyen en la personalidad del niño ya sea por la dominación del hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño, o simplemente la rivalidad que pueda existir entre los hermanos por el afecto o aprobación de los padres o de algún otro familiar.

A medida que el niño crece y va a la escuela, los maestros, al igual que los compañeros de juego tienen un importante papel dentro de la formación de la personalidad, ya que a los niños les gusta dramatizar situaciones, especialmente si los hace más heroicos a los ojos de otros niños, o en el caso contrario quedan intimidados por las narraciones o actitudes de algún otro niño.

Por lo tanto, será esencial recordar que el desarrollo mental, emocional social y cognoscitivo del niño es de gran importancia, y que no sólo las técnicas que utilice el cirujano dentista darán como resultado el buen comportamiento del niño, sino que deberá ser tomada en cuenta la personalidad que presenta cada niño, para escoger la técnica que ha de emplearse y además estar consciente de que se está tomado el papel de “entrenador” del niño en el medio odontológico.<sup>4</sup>

## CAPÍTULO II

### CONDUCTA

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta, la de los padres que lo acompañan y la del equipo dental. Una valuación apropiada de la conducta requiere dedicar tiempo a los niños y los padres. Esto no se puede lograr si uno no se siente obligado a dar en cada cita con el niño información visual o tangible. A pesar que la mayoría de los niños aceptan nuevas experiencias sin mayor ansiedad, algunos requieren una atención especial. Es importante conseguir toda la información posible en la primera cita para poder determinar las razones de una determinada parte de la conducta del niño.

El objetivo principal de un sistema de evaluación de la conducta es desarrollar una técnica metódica para orientar la cooperación. Sin un sistema definido con el que estén familiarizados todos los miembros del equipo odontológico, es difícil la evaluación eficaz sobre una base permanente.

#### 2.1. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Se han desarrollado diversos sistemas para clasificación de la conducta del niño dentro del ambiente odontológico que pueden ser útiles para escoger el método de equipo de tratamiento que escogeremos para cada paciente.

Una de las más sencillas es la que clasifica a los niños en tres categorías:<sup>5</sup>

##### 1. Cooperativos.

Donde se ubicará a la mayoría de los niños tomando en cuenta que si son tratados adecuadamente podrán llegar a ser buenos pacientes, y donde se encuentran todos aquellos pacientes que han sido tratados anteriormente con buenas técnicas por el dentista.

##### 2. Falta de capacidad de cooperación.

Incluye a los niños muy pequeños con quienes no se puede establecer

comunicación, ni se puede esperar su comprensión y aquellos con situaciones específicas debilitantes o disminuidoras.

### 3. Potencialmente no cooperadores.

De quienes se dice que tienen “problemas de conducta” ya sea por miedo excesivo por desconocimiento del medio, o por haber tenido una experiencia anterior de una atención dental deficiente.

Otro de los sistemas que han sido desarrollados para la clasificación de la conducta infantil es de Frankl, conocido como “escala calificada conductual de Frankl” y divide la conducta observada en cuatro categorías que van de la definitivamente positiva a la definitivamente negativa. Este sistema de clasificación es funcional ya que es cuantificable pues conscientemente o no los clínicos categorizan las conductas de los niños en grupos definibles.<sup>6</sup>

#### I Conducta definitivamente negativa.

Rehusan el tratamiento llorando y forcejeando, con ansiedad o alguna otra manifestación de cooperación negativa.

##### A. Por conducta descontrolada.

1. Habitualmente en los niños pequeños de tres a seis años en ocasiones de su primera visita odontológica.
2. Rabieta con revuelo de brazos y piernas.
3. Sugerencia de ansiedad aguda o temor.

##### B. Conducta desafiante.

1. Se presenta con mayor prevalencia en grupos etarios de escuelas públicas.
2. Habitualmente reaccionan igual en el hogar.
3. Pueden utilizar la resistencia pasiva; se ve más a menudo en niños mayores que se acercan a la adolescencia.

#### II Negativos.

Se rehusan a aceptar el tratamiento, no son muy cooperativos y presentan algunas evidencias de actitud negativa pero no de forma tan marcada.

##### A. Conducta tímida.

1. El niño puede esconderse detrás del padre pero suele presentar



- resistencia a la separación.
2. Se atascan o vacilan al darles indicaciones.
  3. A menudo reprimen las lágrimas.
  4. Posible medio hogareño sobreprotector o escaso contacto con extraños.
  5. Sumamente ansioso.
  6. No siempre escucha o entiende instrucciones.

#### B. Conducta llorosa.

1. Permiten que el odontólogo proceda pero lloran todo el tiempo.
2. Se quejan frecuentemente de dolor.
3. Frustrante para quien debe tratarlos.
4. Constantemente emiten sonidos.

### III Conducta positiva.

Aceptan el tratamiento algunas veces con cautela tratando de cumplir de buena voluntad las ordenes del odontólogo, algunas veces con reserva pero siempre siguiendo las instrucciones y cooperando.

#### A. Conducta cooperativa tensa

1. Acepta el tratamiento como se le indica.
2. Su voz puede mostrar algun temblor al hablar.
3. Puede temblar su cuerpo.
4. Muy a menudo transpiran de forma visible las palmas de la mano o la frente.
5. Controlan sus emociones.

### IV. Actitud definitivamente positiva

Son quienes presentan una excelente conducta hacia el odontólogo interesandose en los procedimientos dentales, riendo y disfrutando.

- A. La mayoría de los niños han sido previamente vistos en consultorios odontológicos.
- B. Niños que fueron tratados mediante un correcto enfoque de la técnica "decir mostrar hacer".

Dentro de estas clasificaciones también se deben tomar en cuenta ciertas características del comportamiento de los niños que los identifican con su edad pudiendo así el odontólogo identificar cualquier desviación fuera de lo normal. Para este caso se tomará en cuenta la clasificación de Stone & Church que divide el comportamiento en cinco clasificaciones relacionadas con el desarrollo.<sup>78</sup>

### 1. Infantil.

Es el periodo de vida cuando el bebé comienza a descubrir el mundo en el que viven cuando aproximadamente a los seis meses comienza su erupción dental y acerca todo a su boca. En esta etapa experimenta la primera sensación de miedo cuando ve personas que no le son familiares. Este periodo abarca desde el nacimiento hasta los quince meses.

### 2. Titubeante.

Este grupo está representado por los niños de quince meses a dos años de edad que presentan un rápido desarrollo y comienzan a establecer patrones verbales, en esta etapa el niño aún es incapaz de entender porque se deben tomar medidas dentales preventivas con él en el consultorio dental y por consiguiente aceptarlas.

Tomando esto en cuenta el odontólogo deberá considerar ciertas precauciones y adaptarse a cada uno de estos niños con quienes por ejemplo la revisión dental será efectuada preferentemente en el regazo de la madre y a quienes generalmente se atiende de caries dental menor y en algunos casos extremos de caries por alimentación infantil.

### 3. Preescolar.

Este grupo está representado por niños de dos a seis años de edad en los que fácilmente se observa el comienzo del desarrollo de la personalidad. Se encuentra extendiendo el círculo de conocidos fuera de su familia. Su papel dentro de la familia es el de los juegos, en general adopta el comportamiento típico familiar incluyendo expresiones faciales, gestos y modismos verbales.

El preescolar se encuentra descubriendo su relación con el mundo que los rodea y comienza a identificar personas y lugares y su concepto de fantasía es mágico.

El éxito en el manejo del paciente preescolar no sólo es fundamental para llevar a cabo los procedimientos del tratamiento, sino que es aún más importante para establecer un fundamento 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 adelante.

#### 4. Edad escolar.

Esta abarca el periodo de los seis a los doce años de edad y es la edad de la dentición mixta, es también la edad de un crecimiento físico acelerado independencia e identidad. Son generalmente más susceptibles de reaccionar por lo que se encuentran menos problemas en el manejo de su conducta. Sin embargo, al igual que cuando se trata a niños preescolares es un momento importante de establecer una relación y seguir los principios del conocimiento de los procedimientos dentales, aunque necesariamente a un nivel más elaborado. El refuerzo de la conducta aceptable sigue siendo un enfoque deseable especialmente si se previenen procedimientos complicados.

#### 5. Adolescente.

En la adolescencia tenemos una pausa en el ciclo de la vida ya que el individuo deja de ser niño pero no es aún un adulto. Este periodo comprende la edad de los doce a los quince años y está marcado por la presencia de la pubertad y de un marcado crecimiento físico y maduración de las características sexuales. Es la etapa en donde el individuo desea ser popular pero comienza a seleccionar a sus amistades.

El manejo de los problemas de los pacientes odontológicos adolescentes probablemente se encuentren en el tipo de la falta de cooperación en las recomendaciones para los cuidados en la casa y en el no cumplimiento de las citas mas que en una negativa franca al tratamiento o una expresión de ansiedad en forma de berrinches, ya que se caracterizan por un deseo de independencia personal y una aversión frente a la autoridad del adulto.

## 2.2. Características de la conducta en las diferentes edades.

El odontopediatra está sujeto a la atención de niños que se encuentran en distintas etapas de desarrollo, a veces deberá examinar e incluso tratar a un niño de uno o dos años, por lo tanto es conveniente que preste atención a las pautas de conducta y de grado de desarrollo que se puede esperar de esta edad, así como pacientes de seis años que se encuentran en la etapa de separación de los lazos familiares y se ve un claro incremento en las respuestas temerosas, por lo tanto deberá identificar dichas respuestas y también deberá determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

### 1 año de edad.

Empieza a mostrar signos de independencia.

Aprende a caminar

Coge objetos

Aumentan las capacidades motoras

Tiende a funcionar bien en todas las áreas de conducta

**SUGERENCIA:** Dejar ir al niño lo más rápidamente posible ya que la comunicación es difícil, si no imposible.

### 1 ½ años

“no” es la palabra favorita del niño

Muy rara vez obedece una orden verbal

Genio vivo

No le gusta esperar

Generalmente puede entender más palabras de las que puede decir

**SUGERENCIAS:** Ordenes y técnicas, han de ser lo más cortas y simples posibles.

### 2 años

Aumento en el desarrollo motor

Mejor desarrollo de lenguaje

Más estabilidad emocional

Puede esperar periodos cortos y tolerar si es necesario alguna frustración personal

Algunas veces le gusta complacer a otros

Edad razonablemente fácil, en relación a todos los aspectos de comportamiento

SUGERENCIAS: Las mismas para 1 ½ años.

2 ½ años

- Cambios significativos respecto a la etapa estable de los dos años
- Se vuelve rígido e inflexible
- Quiere todo tal como lo espera
- Muy dominante y exigente
- Expresa emociones violentas
- Es difícil comunicarse con él

SUGERENCIAS: Facilitar cualquier rutina y evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas y comunicarse con él a través de los sentidos.

3 años

- Empieza a comunicar y razonar
- Le gusta tanto dar como quitar
- Le gusta hacer amigos
- Le encantan las nuevas palabras que pueden con frecuencia influir en su conducta positivamente.
- Susceptible al elogio
- Capaz de comprender y realizar ordenes verbales

SUGERENCIAS: Continúa dando ordenes sencillas, aplicar técnicas fluidas y alabar toda conducta positiva.

4 años

- Capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta
- Patea, pega y rompe cosas en excesos de ira
- Puede escaparse
- Capaz de un lenguaje ofensivo y chocante
- Puede responder al llamarle por su nombre
- Gran conversador y preguntador
- Gran imaginación

SUGERENCIAS: Se necesita mucha firmeza en el trato con el niño de cuatro años.

4 ½ años

- Empieza a calmarse y nivelar su conducta
- Le gusta discutir
- Interesado en los detalles y quiere que se le muestren cosas

Disfruta los aspectos tridimensionales de los objetos

Se puede razonar con el

SUGERENCIAS: Siguen necesitando firmeza pero se pueden utilizar más los razonamientos.

5 años

Buena edad: confiado, estable y bien equilibrado

No demasiado exigente

La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y darle gusto

Responde a los elogios

SUGERENCIAS: Utilizar la firmeza, alabanza y los elogios.

6 años

El niño está cambiando

Epoca de rabietas violentas

Cúspide de atención

Cobarde agresivo

Temores exagerados de lesiones en el cuerpo

No se puede adaptar; los demás se deben adaptar a él

No puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo

Necesita tener razón y ganar

Necesita muchos elogios

SUGERENCIAS: Se necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

7 años

Niño caprichoso

Exige mucho de sí mismo

Cree que la gente está en contra suya, que no se le quiere y que los padres son injustos.

Desea aprobación

Trata de cooperar

Necesita comprensión

SUGERENCIAS: Necesita comprensión sin excesiva indulgencia.

8 años

Edad de la exploración intelectual

Expansivo y rápido

Gusta de dramatizar las cosas

Resentido de la autoridad paterna

Es más generoso con los demás pero también espera más a cambio

SUGERENCIAS: Tener más en cuenta su nivel intelectual pero manteniendo la firmeza.

9 años

Muy independiente y confiado en sí mismo

Más interesado en los amigos que en la familia

Incordiante

Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado

Puede ser rebelde contra la autoridad

Tolerante en general

SUGERENCIAS: No criticar mucho y no mostrar demasiada autoridad, permitiendo al niño ser responsable de su conducta.

10 años

Amistoso, positivo e íntegro

Flexible

Obedece fácilmente

Sincero

Generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general

Una edad de equilibrio, predecible y cómoda

SUGERENCIAS: Ser comprensivo, pero permitiendo al niño responsabilizarse de su conducta.

11 años

Preocupación por ideales y moral

Creencia en la justicia

Trabajador en equipo y voluntario social

Se interesa en la higiene personal

SUGERENCIAS: Hacer que el niño se sienta tratado con justicia y tratar de interesarle lo más posible.

## 12-18 años

- Búsqueda de la identidad
- Expresa su individualidad
- Rechaza la autoridad de los padres
- Extrema el amor y el odio
- Temor a ser etiquetado diferente
- No se puede predecir
- Orientado hacia el grupo de compañeros
- Aumenta el interés de la apariencia personal

SUGERENCIAS: Tratarlo como a un adulto y felicitarlo por su apariencia personal.<sup>9</sup>

## 2.3. Objetivos del manejo de la conducta

Al conocer la conducta del niño se debe tener presente que algunas veces habrá que modificarla para el bienestar del niño y para facilitar el tratamiento y con ello lo que se debe buscar es:

### Calidad.

Ha de ser una preocupación primordial el realizar odontología para niños con la misma calidad y atención al detalle que se brinda a los adultos. Además cualquier programa de salud dental preventiva habrá de constituir un reflejo de las normas más elevadas.

### Comodidad.

Esto se aplica a los niños, a los padres, al personal y al odontólogo. La comodidad del niño es una consideración muy importante y se deberá dedicar un buen esfuerzo a asegurarse de que la tenga, tal como el empleo de una minuciosa orientación y aplicación de anestesia tópica y local. No siempre se considera la comodidad del odontólogo y del personal, sin embargo, sin ella habrá un efecto sobre la calidad de la atención odontológica. Tanto como la comodidad física como la emocional del odontólogo y del personal exigen atención, igualmente para los padres en cuanto a que estén cómodos con el medio y el personal.



## Motivación.

Este aspecto es vital en las primeras etapas de la vida del niño. Ofrece la oportunidad de influir sobre actitudes para toda la vida con respecto a la atención odontológica. Si se establecen actitudes de salud bucal positiva en los niños y en sus padres servirán para preservar la salud dental en años posteriores.

## Satisfacción.

Cualquiera que sea la naturaleza del tratamiento dental, el niño debe sentirse satisfecho consigo mismo. La sensación de logro es primordial para establecer una motivación en el futuro. Los elogios y las críticas influyen mucho y los sentimientos positivos generados a temprana edad influirán sobre futuras actitudes.

Debe quedar la misma sensación al odontólogo de haber realizado un trabajo en una base firme para la atención futura. Finalmente, no se habrá de pasar por alto a los padres, quienes deben quedar satisfechos de que su hijo fue bien tratado emocional y clínicamente.

Dentro de estos objetivos encontramos:

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

## 2.4. Reacciones emocionales comunes en el niño

Es muy difícil determinar con precisión todas las reacciones emocionales del niño, tanto aquellas que son positivas como aquellas que son negativas; en situaciones y experiencias poco frecuentes en su desarrollo psicológico, que en éste caso serán las reacciones a la experiencia odontológica. El odontólogo se dará rápidamente cuenta de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. Existen varias reacciones que pueden darse en combinación, lo

que torna más complejo el problema de diagnóstico, ya que pueden hacer que el niño sea más difícil de tratar y bajan el umbral del dolor, lo que produce un círculo vicioso, además, puede ser que no conozcamos su experiencia previa con los miembros de las profesiones de la salud.

Es muy importante conocer algunas de las reacciones más relevantes para el odontólogo de manera que este pueda manejarlas de forma adecuada para producir una reacción de apoyo y no una actitud contraria de lo que se pretende conseguir.

### Miedo.

El miedo es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañino.

El miedo es una respuesta emocional normal del ser humano; es una emoción que ocurre en situaciones de estrés e incertidumbre. Sin embargo para experimentar esta reacción, hay que tener desarrollada la inteligencia que permite diferenciar aquello que exige temor por ser dañino de aquello que sólo es subjetivo; pareciera que aprende a tener miedo de ciertas cosas así como a no temer de otras.

El miedo es concreto, es decir, tiene un fundamento real y se puede expresar con palabras a que se teme, es consciente ya que nos advierte de cierto peligro. El miedo a ser lastimado es necesario para proteger a un niño del peligro, al mismo tiempo, el miedo se presenta como el mayor problema de manejo para el odontólogo.

Watson y Lowery<sup>10</sup> estiman que el temor es en su mayor parte “cultivado” en el hogar, así como los estallidos de amor o rabietas, sin embargo parece que los niños tienen ciertos temores naturales, tales como los que son asociados a la inseguridad o a la amenaza de ésta.

Los niños muy pequeños tienen limitada experiencia sobre el mundo y sus peligros; su miedo a veces se denomina primitivo pues es basado en el instinto más que en la comprensión realista del peligro. La capacidad de racionalizar la amenaza más allá del temor y la ansiedad aumenta a medida que el niño crece. Por ejemplo en el caso de un niño muy pequeño, Gessell e Ilg<sup>11</sup>, afirman que

llora si se produce un sonido fuerte como el golpear una puerta, un movimiento abrupto o se experimenta una súbita pérdida de apoyo.

Hasta los primeros dos años el niño tiene miedo a la soledad, a separarse de su madre u otro ser querido al que está muy cercanamente ligado, a figuras extrañas y poco atractivas, a ruidos fuertes y sorprendivos o a movimientos bruscos. La respuesta más común a estos miedos en el niño de muy corta edad es el llanto y la búsqueda de la protección de su madre.

En el niño preescolar, los temores son más específicos. Todo aquello que pretende tocar su cuerpo lo considera como una "agresión". Su imaginación es muy grande y crea fantasías que deben eliminarse con la experiencia vivida, entre ellas está el olor. En algunos casos el miedo dentro del consultorio dental se ha relacionado con la falta de continuidad de las citas al mismo,<sup>12</sup> ya que los niños llegan a "olvidar" las técnicas que el odontólogo ha empleado con ellos y lo que éste le ha ido enseñando y también el hecho de que los padres dejen pasar mucho tiempo entre las revisiones dentales de manera que cuando los niños regresan al consultorio llegan con una salud dental ya deteriorada, lo que implica técnicas y procedimientos que el niño ve como más agresivos o dolorosos y en caso de ser "emergencia" no permiten tener una cita de sensibilización o reconocimiento del consultorio.

Los niños en edad escolar, tienen miedo como resultado de una influencia negativa en edad más temprana. Más bien se cuida mucho de no fracasar en nuevas experiencias ya que se ser así, originaría en él un temor futuro.

Ansiedad y preocupación.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor, de hecho se expresa como temor a lo desconocido. Es difusa y no se relaciona (como ocurre con el miedo) con una amenaza específica. Las proporciones de la realidad se pierden, al igual que la capacidad para racionalizar la amenaza.

Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva por ejemplo en forma de rabietas, la regresión (seguir mojando la cama, no intentar hablar, etc.) o la retracción (en cuyo caso el niño reusa participar, no habla ni con extraños ni conocidos y se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier cosa).

Es común que los niños revelen sus emociones en forma más abierta que los adultos, aunque puede haber excepciones, con diversas expresiones de miedo y ansiedad que van de acuerdo con la madurez, la personalidad, la experiencia con otras situaciones atemorizantes y a las demandas de los padres o del odontólogo pueden reaccionar con las siguientes actitudes

- huyendo
- con agresividad
- llorando
- con evasión
- con antipatía al tratamiento
- con regresión
- con dolor de estómago o vómito
- intentando suprimir u ocultar el temor

Un niño que llora por lo general se gana más simpatía que uno agresivo, peleador o que insulta. Sin embargo, la angustia tras éstas diferentes expresiones puede ser la misma, también es importante comprender que un niño puede tener muy buen comportamiento por la disciplina impuesta por los padres aunque esté igualmente asustado y esto lo revelan por lo general sus ojos asustados y la expresión tensa.

Si bien no es la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio dental está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el miedo.

Los métodos más efectivos para aliviar el temor y la ansiedad en niños consisten en insistirles en actitudes receptivas a través de modelos positivos, reducir la incertidumbre con información útil, dar apoyo emocional mediante comunicación no verbal positiva y eliminar el dolor por medio de analgesia efectiva, como muestra un estudio realizado en la universidad de Newcastle upon Tyne<sup>13</sup> de Inglaterra, donde se observó el comportamiento de dos grupos de niños, quienes habían presentado problemas de conducta y manifestaciones de angustia respectivamente después de que el odontólogo adoptó con cada uno algunas técnicas de modificación de la conducta, lo cual redujo considerablemente el estrés de los dos grupos consiguiendo cambiar las manifestaciones de ansiedad, por actitudes de cooperación. Sin embargo hay que advertir que dar más información de la necesaria puede convertirse en un factor productor de ansiedad, tanto como el ofrecer muy poca.

### Fobias.

Cuando el miedo y la ansiedad se manifiestan durante largo tiempo, generan cambios en la conducta ya que se convierten en fobias. Las fobias infantiles (miedo a los truenos, a la oscuridad, etc.) son consideradas partes normales y necesarias del desarrollo emocional pero tales reacciones fóbicas pueden ser asociadas con situaciones no familiares. Así que ciertos niños exhiben reacciones fóbicas en su primera consulta odontológica, aun cuando no hayan tenido experiencia dental negativa previa.

### Rabia o ira.

La rabia es una irritación acumulada que explota repentinamente como expresión de conseguir algo que el niño desea o por el contrario, no desea. Estos arrebatos van disminuyendo progresivamente con la edad al encontrar el niño menor dependencia y otras actividades de su interés. Los arrebatos de cólera no guardan relación ni con la inteligencia ni con los progresos en la escuela.

### Celos.

Esta es una reacción emocional común que resulta de una combinación de varias reacciones emocionales, tales como cólera, lástima, miedo, ansiedad, etc.

### Timidez.

La timidez es una de las reacciones que se observa en el caso particular del paciente de primera vez. Suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un periodo de "precalentamiento", instancia en la que puede ser útil permitir que éste niño sea acompañado al consultorio por otro niño ya bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo. Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o de que los protegen en exceso.

## Cariño.

El cariño es otra de las manifestaciones que se aprende con el ejemplo; el niño responde con cariño cuando se le demuestra lo mismo y así se puede considerar como un sentimiento auténtico. A muy corta edad no tiene especial preferencia y conforme crece, empieza a escoger a aquellas personas a las que expresa su afecto. Es por eso importante que el odontólogo trate de “ganar” ese cariño, ya que irá unido a la confianza que se brinden mutuamente.

## CAPÍTULO III

### MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

La modificación de la conducta, se define, como el intento de alterar la conducta humana y sus emociones de manera benéfica de acuerdo a las leyes y teorías del comportamiento, las cuales no se limitan a las áreas de psicología y psiquiatría sino también han sido utilizadas para la medicina y la odontología. Así como para la educación e incluso para la publicidad y algunas otras disciplinas.

La idea original de la modificación de la conducta es de los estudios de Pavlov <sup>14</sup>en 1927, y de autores como Skinner (1953), Hinig (1966), Reese (1966), etc., donde el concepto de modificación es basado en prácticas y en el manejo de ciertas habilidades para cambiar el comportamiento del niño, con el uso de reforzadores que “premián las conductas aprendidas”, de manera que un niño pueda cambiar su conducta inapropiada para ser apropiada.

La principal ventaja de la modificación de la conducta, es que puede ser personalizada por ser una herramienta adaptable a cada niño, puesto que los niños actúan por impulsos, y por ejemplo el miedo al dolor puede manifestarse en conductas desagradables sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agrandar, se le hace imposible el ser complaciente en presencia de un miedo al dolor.

Mucho depende de como impresiona el odontólogo al niño y como va a ganar su confianza, ya que el niño se comportará en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable, si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si, cuando se resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. De manera que si no resultan sus ataques emocionales cambiará su comportamiento, y cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con su mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. Es por eso que el comportamiento de un niño puede ser modificado, pues a los niños no les gusta ser diferentes y desean formar parte de los patrones sociales, hacer cosas que hacen otros niños o personas, aman

participar en competencias, y si se permite que el niño observe como se realizan trabajos dentales en otros, le servirá de reto, sobre todo si se trata de un hermano mayor o de algunos de los padres.

De gran ayuda ha sido la labor de la odontopediatría que se ha encargado de educar a los niños y a los padres de familia, logrando esta modificación de la conducta con una nueva cultura dental; técnicas e investigaciones que ayudan a combatir ese “miedo al odontólogo”, ya que la conducta del niño no se cambia o modifica por el sólo hecho de tener que realizar un procedimiento odontológico. Tampoco porque los padres del niño lo exigen, el niño tiene el derecho al respeto y consideración en el trato y sus decisiones, sin caer en el descuido de la responsabilidad de sus mayores.

### 3.1 Ambiente del Consultorio.

Uno de los métodos más fáciles de reducir los niveles de ansiedad es crear un medio que atraiga al niño. Las necesidades ambientales del niño, difieren de las del adulto, y un consultorio odontológico que alienta un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño es de gran ayuda para su comportamiento.

Como es probable que el niño entre en el consultorio con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el odontólogo, será infundir confianza al niño y hacer que éste se dé cuenta que no es el único que pasa por esa experiencia. Esto es más fácil de lograr cuando un consultorio está limitado a las especialidades de odontopediatría, pero aún en otros consultorios es ventajoso establecer un área recreativa o de juego, que los aliente a dejar a un lado a sus padres ya que esto facilitará la separación cuando se transfiera a la sala operatoria.

Otra manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar, es decir, haciéndola cómoda, cálida y que de la sensación de que los niños frecuenten el lugar de manera que no les resulte desconocido, esto servirá para distraer un poco al niño y reducir los niveles de ansiedad. También facultará a los padres para disfrutar de un área aparte en la que puedan leer sin ser perturbados.



Sin duda, un lugar agradable y cómodo ofrece mejores posibilidades de mejor comportamiento, si a esto se agrega un equipamiento sencillo, no sofisticado o que cause extrañeza al niño, el manejo se beneficia. Al niño le interesa mucho participar con las cosas nuevas que encuentre, por eso, una figura, una fotografía, etc., son de gran ayuda. Sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer, una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los pequeños, algunas variedades de animales rellenos, títeres de guante y otros juguetes que lo ayudarán a identificarse con el medio. Una grabadora con sistema de amplificación dará consuelo, y en conjunto, esto permitirá establecer un diálogo con el niño sobre lo que ve o acciona.

Todos estos artículos, pueden servir tanto en el área de recepción como en las salas operatorias y actuar a la vez como distracción e imagen placentera, además. Cuanto menos clínico sea el aspecto físico del consultorio, menos probable es que aumenten los niveles de ansiedad.

Incluso el color es muy significativo para los jovencitos, pues invariablemente prefieren los colores cálidos y en combinaciones alegres. Tienen además gran conciencia de los sonidos, un sonido negativo de cualquier naturaleza, puede despertar su ansiedad, por lo que será esencial un buen aislamiento tanto como sea posible.

La limpieza es tan importante en los niños como en los adultos ya que afecta sus actitudes. Refleja a las personas que trabajan en el consultorio y por lo tanto alientan o desalientan la confianza.

Una comparación hecha por Swallow y colaboradores<sup>15</sup>, de dos grupos de pacientes tratados en distintos consultorios, por el mismo cirujano dentista, muestra que, los niños acomodados en un ambiente relativamente más agradable del consultorio exhibieron más bajos niveles de ansiedad. Contrariamente los tratados en un consultorio estándar, mostraron los más altos niveles de ansiedad, comprobación de que el ambiente agradable en un consultorio puede ayudar a aliviarlos de su ansiedad sobre la situación.

La ubicación y el diseño de equipos dentro del consultorio, debe reducir al mínimo los estímulos visuales potencialmente negativos, los instrumentos que particularmente pudieran causar temor no deben estar en lugares visibles para el niño. Si se colocan detrás o a los lados del paciente, nos darán oportunidad de

que no se sienta amenazado y cuando sea oportuno podremos mostrárselos o luego de una breve explicación de la función del aparato, poder utilizarlo con mayor confianza de que no será para lastimarlo.

La sala operatoria puede hacerse más atractiva, si son colocados en las paredes algunos dibujos o fotografías de niños jugando sonrientes y alegres, lo que dará al paciente una sensación de mayor tranquilidad y confianza, pues llaman más su atención y podemos distraer su mirada de la unidad dental o inclusive del instrumental, aunque se debe ser muy cuidadoso, para evitar que se vean instrumentos con sangre o incluso adultos con dolor, otros niños con los ojos llorosos o perturbados emocionalmente ya que estas escenas los ponen mucho más nerviosos.

El tamaño y posición del equipo, debe permitir al odontólogo y al asistente estar cómodos para brindar una mejor atención, aunque el tiempo de trabajo sea prolongado; de no ser así la ansiedad del niño aumentará en proporción a la incomodidad pues ambos estarán presionados, tomando en cuenta que el confinamiento alienta a la presión. El niño debe estar cómodo y debe comprenderse que la mayoría de los sillones están diseñados para adultos, y sólo algunos están cómodamente adaptados para niños, que el odontólogo y el asistente se sienten más cerca de la zona operatoria, facilitará el trabajo haciéndolo más eficaz.

Las piezas de mano, las fresas, el dique de goma, etc., deben estar todos dentro de una gama de tamaños que faciliten el acceso cómodo al área de trabajo para que sea el equipo el que se acomode al niño y no a la inversa. Las nuevas unidades<sup>16</sup> emiten una sensación de higiene y confort, que brinda a los pacientes un alivio importante en el stress que se experimenta, ya que no dan la impresión de tener mil brazos amenazadores que imponían terror al paciente, con sólo sentarse.

### 3.2 Importancia de la primera cita.

Esta aceptado, que la preparación mediata del niño y de los padres antes de la primera visita, dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental. El éxito del manejo del niño depende en gran medida de la

relación que existe entre dentista y paciente (que también influirá en la respuesta de los padres). Se puede lograr, tomando la iniciativa de contactar a los padres, ya que para hacer la cita y valorar si se puede clasificar como una cita de emergencia o una visita de rutina, de las cuales, en caso de no existir la emergencia se podrá introducir al niño en el consultorio dental sin apuros.

El preferible que los padres eviten toda forma de preparación previa del niño para la primera visita, ya que el odontólogo puede relacionarlo con el consultorio dental y con la odontología de una manera más satisfactoria que los padres. En algunas ocasiones es de gran ayuda, enviar una carta a los padres donde se describa la política del consultorio y se señale que es lo que se ha de realizar en la primera visita. Los padres aprecian dichas circulares<sup>17</sup> ya que los ayudan en la explicación a sus hijos de cómo el odontólogo planifica y ayuda a que puedan disfrutar de una buena salud dental, ya que una carta asegura a los padres que el personal odontológico espera servir al niño y discutir con ellos los factores esenciales con respecto a la salud de su hijo, les brinda mayor seguridad y confianza. En general este tipo de cartas deberá de incluir los siguientes puntos:

1. La confirmación de la fecha y hora de la primer cita.
2. Una expresión de gratitud por la confianza que se le ha brindado al odontólogo al pedir la consulta.
3. Una breve explicación de lo que se hará en la primer cita, y que se logrará con ella.
4. Algún otro dato o información adicional que se considere pertinente con el paciente o con el consultorio dental.

En algunos casos también se puede enviar una carta al propio niño obviamente escrita a su nivel, describiendo el propósito de su visita al dentista con el beneficio de hacer sentir a éste que es tomado en cuenta y que será de gran importancia su participación dentro del tratamiento y educación dental.

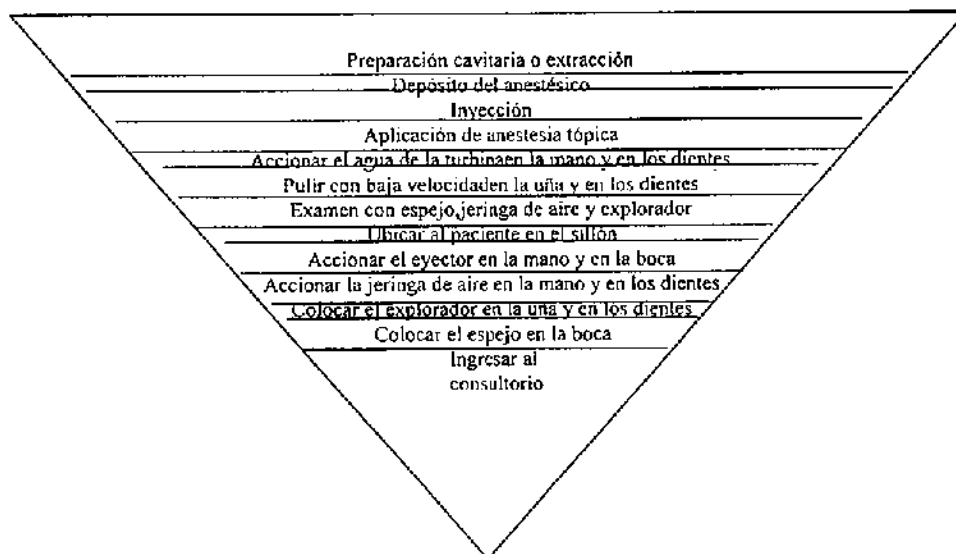
En el consultorio, el primer paso es familiarizar al niño con la sala del tratamiento dental, y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por éste medio, se gana su confianza y el miedo se torna en curiosidad y cooperación, pues a la gran mayoría les encantan los instrumentos nuevos y cualquier equipo o mecanismo les interesa y les llena de gozo.

En la primera visita, deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros. La preocupación primaria es evaluar la salud bucal del niño, por lo que es útil seguir una secuencia de pasos fáciles donde se familiariza al niño:

1. Se obtiene la historia clínica, evaluando el estado actual de la boca del paciente y la información básica suficiente para determinar el tratamiento y los procedimientos que se llevarán acabo.
2. Se instruye sobre el cepillado de los dientes.
3. Se pueden tomar radiografías, habiendo explicado a grandes rasgos el funcionamiento como el de una cámara fotográfica y dependiendo de la respuesta, será posible.
4. Hacer una limpieza dental junto con la aplicación de flúor o la toma de impresiones para modelos de estudio.

De ésta manera, será una buena táctica, pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos de que sea necesario un tratamiento de urgencia, pues desafortunadamente muchos de los niños llegan al consultorio, para su primera visita sufriendo dolor y con necesidad de un tratamiento más extenso, por lo que en este caso la veracidad del dentista es esencial, pues habrá de explicársele de manera natural que algunos procedimientos serán algo incómodos o dolorosos.

De manera ideal los pasos a seguir en la primera cita y en citas progresivas es el siguiente, donde se registra el orden de severidad del estres del paciente.



También serán de gran importancia la hora y la duración de la visita, ya que ambas pueden afectar el comportamiento del niño. De preferencia los niños no deben de estar en el sillón dental por más de media hora. Si la visita tarda más, se pueden tornar menos cooperadores hacia el final.

La hora en la que se efectúa la visita con los niños que aún no van a la escuela, no deberá interferir con la hora de la siesta ya que en general están más irritables por lo adormilados que se encuentran, lloran con más facilidad y no soportan molestias.

De preferencia la visita con el dentista no deberá coincidir con una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando traumas emocionales y la visita al dentista sólo añadirá más ansiedad y desconcierto y sería más difícil lograr la cooperación y pueden encontrarse con dificultades emocionales.

18

Luego de la primera cita, la continuidad de éstas es de vital importancia para el tratamiento. Programarlas a muy corto plazo una de otra la hará sentir cierta agresión y descontento, y planearlas muy retiradas, haría que los procedimientos de introducción a la odontología sean olvidados. Los pacientes que falten a alguna cita es muy probable que interrumpan el tratamiento y cada vez que regresen al consultorio se tendrá que comenzar con el manejo de la conducta, además se demuestra en un estudio hecho en la Universidad de Goteborg en Suiza, que son éstos los pacientes con mayor índice de caries y tratamientos sin terminar. Si se transmite a los padres y al niño la importancia del tratamiento y se motivan correctamente desde la primer cita, se tendrán mejores resultados.

### 3.3. Desensibilización.

La desensibilización o inhibición recíproca, puede ser útil para ayudar al paciente a reducir sus temores y tensión. Los terapeutas han encontrado una reducción importante de éstas respuestas<sup>19</sup> en situaciones similares de la vida, el objetivo del proceso es contracondicionar estas respuestas sustituyéndolas por otras más deseables.<sup>20</sup> El procedimiento utiliza dos elementos importantes:

- a) La exposición gradual del niño a su temor.
- b) La sensación de soportar dicho temor.

En general se logra enseñando al paciente una respuesta competente, como la relajación, en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada, como sería la ansiedad, de manera en la que se va introduciendo progresivamente al paciente, a estímulos más “amenazantes”, a medida de que se desensibiliza frente a los rasgos productores de ansiedad de un procedimiento. Por ejemplo, un objeto que produce temor es acercado gradualmente cada vez más hasta que pierde su capacidad de producir ansiedad.

### 3.4. Modelamiento.

Aunque el concepto de modelamiento es muy antiguo, su estudio sistemático y aplicación terapéutica, son relativamente nuevos<sup>21</sup>. Está basado en el hecho de que una gran parte de la conducta del ser humano es imitada y que una persona no tiene que sufrir necesariamente una experiencia a fin de aprender las consecuencias de una determinada conducta.

El modelamiento consiste en permitir al niño que observe uno o más modelos que muestren una conducta apropiada en un determinado momento, pues los niños también aprenden de la imitación de un modelo. Este modelo de aprendizaje es muy frecuente en la infancia y servirá para imitar la conducta del modelo, cuando sea colocado en una situación similar.

El modelo puede ser vivo o simbólico; por ejemplo en el primer caso los hermanos (no necesariamente los mayores, sino los que muestren menos ansiedad) o el mismo odontólogo, que también se convierte en un modelo, por lo que tiene que mantener siempre una actitud calmada y segura para eliminar del ambiente los modelos negativos, por ejemplo el de una madre ansiosa. En el segundo caso, los modelos podrán ser vistos en video o ser personajes del gusto del niño, como un animalito de tela o su muñeco favorito de manera que cuando llegue el momento, el paciente sabrá que esperar y así imitará las conductas que ha observado.

Dentro del modelamiento, el odontólogo utiliza gran parte de sus conocimientos psicológicos, para guiar al niño de manera correcta, a copiar actitudes aún con su miedo y ansiedad, enseñándole a controlarlos por lo que en este caso estrán contraindicados, la sedación y el uso de restricción física, pues le impediría al niño prestar la atención debida e intentar dichas actitudes por él mismo.<sup>22</sup>

### 3.5 Actitud.

Es muy importante que el paciente sienta que todas las personas en el consultorio dental son de su confianza . Los niños son muy sencibles a emociones ocultas e identificaran rápidamente cualquier falta de entusiasmo y eso los desalentará aún más.

Si el odontólogo va a tratar pacientes infantiles, deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicologicos, para manejar niños sin producir traumas. Por lo tanto, tambien deberá asegurarse que el asistente que con él trabaja, ama a los niños y los trata bien, ya que si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las probabilidades de éxito que tiene el odontólogo disminuyen enormemente.

Es muy importante, desde la primera cita llamar al paciente por su nombre de pila y si no se sabe, es preferible preguntarselo, que llamarle "muchachito". Incluso haría sentir mucho mejor al niño si es llamado por su diminutivo o como le dicen de cariño en su casa. El trato con el niño deberá hacerse de manera normal o familiar, demostrar demasiado entusiasmo o ser demasiado insistente así como darle la mano a la fuerza, le pueden hacer sentir desconfianza pues en general temen a las caras desconocidas, y mas si estas surgen de repente, es mucho mas conveniente acercarse poco a poco y de manera amistosa. Si se le rodea con los brazos como para darle un abrazo, será mas fácil recegerlo y llevarlo a la sala de tratamiento, esto puede hacer sentir al niño que el odontólogo es lo suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo pero no lo suficiente para herirlo. Obviamente se deberá tomar en cuenta la edad y respuesta del paciente al irsele acercando.

La credibilidad que el niño pueda tener en el odontólogo será fundamental en la confianza que demuestre durante el tratamiento, así que se deberá tener cuidado en cumplir las promesas que se les hacen ya que difícilmente las olvidan, y no tratar de engañarlos cuando se sabe que la edad ya no se presta para explicarles un tratamiento dental con algo figurado.

Si el odontólogo tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de ese sentimiento se transmite a su paciente. Si el odontólogo no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. Cada paciente merece la atención completa del odontólogo como si fuera el único paciente atendido en el día realizando sus deberes con destreza y rapidez para causar el mínimo dolor, de ahí la importancia de un asistente que facilite los procedimientos operatorios.

Es importante que el odontólogo nunca pierda el dominio y se enfade, esta sería una señal de derrota y lo pone en desventaja ya que disminuye su capacidad de razonar y tener las relaciones adecuadas, en este caso el niño sólo se asustará más y se dificulta su cooperación. La tolerancia en la flexibilidad del odontólogo y su manera de trabajar son lo que deja ver qué tanto el dentista comprende que el niño está en una etapa de cambios y desarrollo y el que se pueda adaptar en algunas ocasiones (desde la posición de trabajo hasta el procedimiento a realizar en ese día) llenará de confianza a éstos y a sus padres.

Se puede aprender mucho más sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción, si está sentado en el regazo de su madre, abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro, en cambio si está jugando o lee alejado de su madre se puede suponer que es emocionalmente maduro, por lo que, la actitud del odontólogo en todo momento debiera ser la observación, pues le deja conocer al niño e incluso su familia, de manera que podrá anticipar las respuestas del niño y conocer al paciente significa ya media victoria. Es muy valioso poder predecir su comportamiento y cambiar o repetir el que ha sido correcto.



### 3.6 Comunicación

Durante toda la vida nos encontramos influenciados por la comunicación. Esta puede ser verbal y no verbal. Dentro del consultorio dental; se deben tener presentes ambas ya que las dos serán muy efectivas al tratar con niños, pues por ejemplo cuando no es posible la comunicación verbal con un pequeño, se debe echar mano de la no verbal para reducir el temor de éste y lograr que sea lo más cooperador posible.

La comunicación con el niño es uno de los primeros elementos que nos llevarán a conseguir el cambio de conducta del paciente, donde el dentista y el personal odontológico tendrá su propio estilo de conversación y donde se deberá estar listo para improvisar de la manera que la situación lo demande. Dicho estilo de conversación deberá ser natural, y el lenguaje no deberá ser ajeno al niño y le deberá dar la sensación de entendimiento, confianza y amistad.

Quizá las primeras frases con que se puede establecer un contacto serán las que se refieran a la apariencia y vestimenta del niño o lo que en el momento él pueda dar mayor importancia, por ejemplo:

¡qué lindo vestido!, ¡que oso tan grande!, ¡puesto a que tu debes ser un muy buen jugador de fútbol!; las cuales establecen una comunicación directa con el niño y en caso de no encontrar una rápida respuesta dan pauta a que se haga otra pregunta que anime al pequeño haciéndole sentir el interés en su persona como: ¿dónde lo compraste?, ¿cómo se llama este oso tan bonito? o ¿quién es tu jugador favorito?. Des esta manera podrá establecer un intercambio de ideas el cual dará al niño la confianza de preguntar cuando algo le resulte desconocido o misterioso y tras la respuesta podrá dar lugar a las sonrisas y las palmaditas en la espalda, expresiones amistosas de comunicación no verbal que significarán mucho para el niño y lo harán sentir mucho más tranquilo.

El niño sólo puede escuchar a una persona a la vez, cosa que deberá ser tomada en cuenta fuera y dentro de la sala operatoria ya que fuera es más fácil llevarlo acabo pero dentro se deberá asegurar que el niño ponga atención a una sola persona. Para ello se advertirá a los padres que el odontólogo es el que tendrá la prioridad para pedir y explicar al niño. En este momento, si el asistente llevaba cierta conversación con el asistente, tomará una actitud más pasiva para que el niño preste toda su atención al odontólogo.

La comunicación es un proceso complejo y en este caso se necesita que sea lo más precisa posible para influir en el estado emocional del niño. Incluye un transmisor, un mensaje y un receptor. El dentista llevará el papel de transmisor, las palabras serán el mensaje y el niño será el receptor, por lo tanto el mensaje deberá ser entendido de la misma manera por el transmisor y el receptor.

Para ello en algunas ocasiones se escogerán frases o palabras que permiten al niño comprender el procedimiento odontológico, sin ser expresiones que alteren aún más el estado emocional del niño. Algunos ejemplos son:

Anestesia	Burbujas de jabón para dormir al diente.
Caries	Gusano comedientes.
Radiografía	Foto de los dientes
Alginato	Plastilina para la boca

La modulación de la voz también influirá en la recepción de las palabras expresadas o las órdenes que sean dadas durante el tratamiento.

La Universidad de Iowa<sup>23</sup> enfatiza la importancia que tiene la comunicación del dentista con el niño y con los padres, de tal manera que asegura que es parte del desarrollo emocional, mental y social del niño, pues el odontopediatra llega a ser el supervisor de la salud y hábitos de higiene oral del niño, por lo que si se establece una buena comunicación, el odontólogo tendrá éxito en la educación del paciente ya que él y los mismos padres confiarán en el proceso de esta educación.

### 3.7 Refuerzo de la conducta

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes cooperadores y una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo, por lo tanto que éste reconozca la conducta ejemplar de un niño influye para que colabore adecuadamente. Será de vital importancia que cuando el paciente se esté "portando bien" el odontólogo se lo diga pues esto impondrá una meta en su comportamiento futuro y hará todo lo posible por conservar el nivel que él

mismo estableció. Es por ello que es mucho mejor alabar el buen comportamiento que al individuo.

El refuerzo positivo es sinónimo de recompensa, se define como cualquier consecuencia que sigue a una respuesta dada que incrementa la posibilidad de una recurrencia de esa respuesta (o conducta).

El refuerzo positivo utilizado con más frecuencia es en forma de elogios ya que éste es suficiente a la mayoría de los niños. Siempre habrá algún aspecto en el comportamiento de los niños que puede ser halagado y recompensado, por ejemplo: si al dar una orden ésta es cumplida satisfactoriamente, se podrá decir en el momento un "gracias, lo hiciste muy bien" o "qué valiente, lo hiciste perfectamente" ya que el niño en algunas ocasiones no tiene idea de si está haciendo las cosas apropiadamente a menos que se le diga. Esto es lo que hará al niño aprender que su comportamiento es aceptado y si lo repite tendrá otra recompensa pues muchos niños van de un consultorio a otro sin recibir tratamiento a causa de su mal comportamiento y así rápidamente el niño aprende a librarse de la atención dental haciendo un gran berrinche pues cada vez que esto sucede tiene éxito y su mal comportamiento es recompensado.

El uso de los reforzadores pueden tener éxito también en el hogar para obtener una buena técnica de cepillado y el hábito de la higiene oral, pero definitivamente se aprenderán dentro del consultorio odontológico debido a la gran curiosidad de los niños pues después de la conducta apropiada se le puede permitir realizar un tratamiento por sí mismos en un modelo de plástico o algún muñeco de peluche.

Se debe diferenciar entre una recompensa y un soborno ya que el resultado de esta será que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones.

Una recompensa después de la visita puede servir de "soborno" que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir al buen comportamiento. Recompensar es reconocer que hubo un buen comportamiento después de que se terminó la operación sin que anteriormente se haya prometido un premio.

## CAPÍTULO IV

### TECNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA

La práctica de la odontopediatría se basa en la habilidad de guiar al niño en su educación dental y ocuparse de sus necesidades primarias y uno de los principales requisitos para el éxito del tratamiento es que el paciente esté confiado y relajado en el consultorio dental.

La niñez implica aprendizaje, el entrenamiento en cuanto a la tolerancia y a enfrentar el estrés son parte del crecimiento. En cierto modo, el odontólogo puede ser considerado como un maestro del paciente pediátrico para que forme buenos hábitos ya que es uno de los objetivos de un profesional promover la salud dental en la población y aunque no pueda cambiar los hábitos de la sociedad, su educación podrá ser considerada como las semillas que a largo plazo como frutos, traerán una salud e higiene dental positiva en la vida de una persona.

Para lograr una educación dental, es necesario la aceptación del paciente de que tiene un problema, para que a su vez acepte ayuda y sugerencias sobre como tratarlo o cambiarlo. El primer paso a seguir con un niño que no coopera será encontrar la razón o razones de esa actitud, para encontrar la mejor manera de cercarse a él y de tal manera poder ayudarlo. Si el odontólogo se preocupa por conocer al niño, la mayor parte del tratamiento está ganado, pues le ayudará a seleccionar la mejor técnica y la mejor opción para el tratamiento del niño pues se tiendra su confianza y a la vez su aceptación y cooperación.

#### 4.1 Decir mostrar hacer

El niño en general, a lo que teme, es a lo desconocido. Y el consultorio dental, con ese olor característico y singulares sonidos no es la excepción. El clásico modelo de comunicación favorable con el niño en el ambiente odontológico, es la técnica decir mostrar hacer ( popularizada por Addelston )<sup>24</sup>

Esta basada en la familiarización de determinados objetos o una situación, específica, el odontólogo dirá al niño, que es lo que se va a hacer, en un lenguaje sencillo, para que pueda comprenderlo. Luego se muestra como se llevará a cabo el procedimiento y por último se lleva a cabo exactamente igual a como fue descrita y mostrada.

La mayoría de las veces el niño querrá tocar y tratar de manejar los instrumentos que le intrigan o dan temor, pues los niños son naturalmente curiosos y quieren saber todo acerca de todas las cosas y en especial de las que se relacionan o lo harán con ellos. Por eso permitirles preguntar sobre los instrumentos y dejar tocarlos en la medida que sea seguro, les dará mayor tranquilidad y confianza, al mismo tiempo que forma parte de la experiencia de aprendizaje.

En el “decir” se dirá con precisión al niño que es lo que se va a hacer, antes de realizarlo, mientras se realiza y luego de hacerlo. La voz deberá ser suave, firme, confiada y constante, es muy importante ser honesto con el niño y si el procedimiento es incomodo o doloroso habrá que decirselo y platicar a cerca de esa situación dental. Algunas veces es bueno hablar de otras cosas (distracción), pero no significa no darle información de lo que se va a hacer al niño. La charla deberá ser a su nivel pero es muy importante no usar una voz infantil para ello. Siempre habrá que ser honesto.

En el “mostrar” se enseña al niño qué es lo que va a pasar, cómo y con qué material. Se puede usar cualquiera de los sentidos para mostrarle al niño los procedimientos ya que el niño siempre estará muy atento y puede ver, escuchar, tocar y oler lo que está a su alrededor. El ruido de la pieza de mano se muestra y conoce por medio del oído, un pequeño pellizco en el brazo puede mostrarle lo que sentirá durante la punción.

A pesar de que mostrar los procedimientos a los niños es recomendable evitar mostrar algunos de los instrumentos que más temor causan (como la aguja para anestesia) Por consiguiente en algunas ocasiones se prefiere esconder estos instrumentos atrás del paciente para no angustiarlo aunque en algunas ocasiones y dependiendo del paciente, es posible mostrarlos con las debidas medidas de protección ,como la aguja con el capuchón puesto, seguido de una explicación como: “esto es lo que se utiliza para meter el liquido de burbujas de jabón que dormirá a tu diente “ ya que si el niño ya ha tenido experiencias odontológicas anteriores o ya es lo suficientemente grande y bien sabe que se tendrá que ser

anestesiado y le va a molestar, si tratamos de ocultárselo pronto perderá su confianza en el odontólogo pensando que este trata de mentirle o hacerle daño. Será mejor explicar que no existe otra manera más sencilla de infiltrar un anestésico, pero que se hará con todo el cuidado posible para no lastimarlo y él mismo podrá ver el procedimiento de manera que tendrá la sensación de que él mismo está supervisando dicha situación y que no se le hará daño.

En la última parte, el “hacer “ se deberá hacer lo que se dijo anteriormente que se hace, usando el mismo tono de voz que fue utilizado para las explicaciones anteriores para que el niño recuerde paso por paso lo que se le dijo que se haría y se sienta advertido de la sensación que experimenta.

Este proceso de decir, mostrar y hacer, deberá ser continuo desde la entrada del niño al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados en el tratamiento. A medida que se presenta cada nuevo instrumento o procedimiento, debe usarse esta técnica para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad, de manera que sea capaz de enfrentar la situación.

## 4.2 Control de voz

El que un niño se queje y lloriquee durante el tratamiento o en el consultorio, es realmente común. Si esto es porque presenta dolor o ha sufrido algún accidente, es muy comprensible y normal, pero por otro lado, hay niños que lo hacen porque al tener miedo o no saber que está pasando quieren huir de la experiencia odontológica. En este caso llamar la atención del pequeño será difícil, pues la comunicación es pobre y el estará interesado en como seguir posponiendo el tratamiento.

A menudo los niños no ponen atención a las ordenes que se les dan, pero cuando escuchan que la voz del adulto cambia inmediatamente la orden es cumplida. El control de voz, es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz en un intento de dominar la atención entre el odontólogo y el niño, por ejemplo, un odontólogo puede hablar en voz alta, a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva, o cuando este grita, simplemente para ser escuchado. Una vez ganada su atención el profesional

puede bajar la voz ajustándola a la del niño. Aunque puede parecer por un momento agresiva, Malcom S. Foster,<sup>25</sup> asegura que no es más que afirmar la autoridad del odontólogo en dicha situación, ya que capta de manera inmediata la atención de alguien, y en cuanto esta ha sido puesta en sus palabras, el odontólogo inmediatamente cambia su actitud de manera normal para que cuando el niño haya cambiado su conducta interruptiva, el odontólogo pueda premiar dicha respuesta.

### 4.3 Mano sobre boca

Cuando un niño grita desafortunadamente es difícil establecer comunicación, en primer lugar porque el niño no puede oír las instrucciones. La técnica mano sobre boca es utilizada para restablecer la comunicación con el niño que ha entrado en un ataque de histeria para llamar su atención. Esta técnica ha sido usada por más de cincuenta años. Fue descrita por primera vez en la década de 1920 por la doctora Evangeline Jordan, quien escribió: "Si un niño normal no escucha, sino que continua gritando y forcejeando, sostener una compresa doblada sobre la boca del niño mantendrá su boca cerrada y aunque sus gritos aumentaran habrá poco ruido y pronto podrá comenzar a razonar".<sup>26</sup>

Un niño que grita y patalea en el sillón dental no puede tener atención en lo que el odontólogo le dice, pues no puede escuchar ni al dentista, ni a los padres, ni a nadie que trate de hablarle.

La técnica "mano sobre boca" es efectiva en niños mayores de tres años que tratan de evitar el tratamiento dental con actitudes interruptivas al calmar al niño con esta técnica se podrán usar otras en seguida como: "decir-mostrar-hacer" y la recompensa de las conductas positivas. Se efectúa de la siguiente manera.<sup>27</sup>

- 1.- Cuando el niño esta haciendo una rabieta, el odontólogo coloca firmemente la mano sobre la boca del niño para opacar el ruido.
- 2.- La asistente detiene las manos y pies del niño para evitar que de patadas, se retuerza o lesione a alguien.

3.- El odontólogo hablará al niño en voz baja y tranquila poniendo su cara cerca del oído del niño para poder darle instrucciones adecuadas de lo que se espera de él “quitare la mano cuando pares de gritar de manera que puedas oír lo que te estoy diciendo”. “Mueve la cabeza cuando estés dispuesto a oírme”.

4.- Cuando el niño acepte oír el odontólogo quitara la mano y explicara al niño lo que va a hacer en seguida. Es importante en este momento elogiar la conducta del niño.

5.- Si el niño comienza a gritar de nuevo cuando el odontólogo ha quitado la mano, deberá colocarla de nuevo inmediatamente y deberá reiterar su petición. Esta vez generalmente aceptara escuchar.

Esta rutina puede tener que ser repetida varias veces, hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente como para permitir que comience el tratamiento.

Existen diversas variaciones de la técnica mano sobre boca. Estas incluyen: mano sobre boca, vía de aire sin restringir; mano sobre la nariz y la boca, vía de aire restringida; toalla mantenida solamente sobre la boca; toalla seca mantenida sobre la nariz y la boca; y toalla húmeda mantenida sobre la nariz y la boca. La mayoría de los autores recomiendan que la mano sea colocada solo sobre la boca, la vía de aire del niño nunca deberá ser restringida donde no tenga ningún bloqueo nasal y pueda respirar satisfactoriamente por la nariz cuando la boca esta cerrada.<sup>28</sup>

Aun que esta técnica esta plagada de controversias, un estudio realizado por Craig manifiesta que el 80% de los odontopediatras encuestados utiliza la técnica en casos seleccionados.<sup>2930</sup>

La técnica esta indicada para niños normales momentáneamente histéricos, beligerantes o desafiantes. Es imperativo que esto sea usado solo en niños con suficiente madurez como para comprender las simples ordenes verbales. Es realizada profesionalmente y con responsabilidad y nunca será vista como forma de castigo. Antes de ser aplicada el odontólogo deberá haber juzgado la inteligencia y capacidad de razonamiento del niño. Nunca será ampliada con niños menores de tres años o con falta de capacidad de razonamiento o atemorizados y nunca con un niño impedido física, mental o emocionalmente. Y si esta es utilizada los padres deberán ser avisados de ello.



#### 4.4 Hipnosis

La hipnosis también denominada terapia psicósomática (o de sugestión) es una técnica por la que se produce un estado de conciencia alterado sin recurrir a agentes farmacológicos. Es usada por muy pocos odontólogos ya que no se enseña en las escuelas de odontología ni tampoco hay muchos profesionales calificados para enseñarla. Sin embargo la sugestión se utiliza por lo común en el tratamiento de niños y la simple sugestión esta solo a unos pasos de la hipnosis. Los niños son susceptibles a la sugestión y aceptan la autoridad del odontólogo en el consultorio y se usa frecuentemente inducción elemental como decirle repetidamente al paciente que se relaje, estableciendo una monotonía que produce somnolencia como en el caso en el que se llega a cantar canciones tranquilas para los más pequeños hasta que se quedan dormidos.

La hipnosis parece ser muy eficaz en presencia de ansiedad. Difiere de los procedimientos de la relajación, principalmente, en su mayor confianza por el papel, la destreza y el entrenamiento del operador. No todos los pacientes pueden ser hipnotizados, aunque algunos autores afirman que la técnica es efectiva en la mayoría de los casos.

El mecanismo básico de el alivio hipnótico del dolor, consiste no en alguna técnica especial, sino en las sugestiónes de alivio dadas en una situación estrecha, de confianza interpersonal. Muchos resultados analgésicos atribuidos a la hipnosis podrían ser logrados adecuadamente mediante una instrucción adecuada. Se ha sostenido que la sensación de dolor se halla realmente presente en la hipnosis presente pero que el informe del dolor esta disminuido. Algunos creen que hay dos componentes involucrados en la analgesia hipnótica: un efecto: placebo, no específico y una distorsión específica de la percepción, inducida bajo hipnosis profunda<sup>31</sup>.

La hipnosis se emplea en la mayoría de los casos de odontología como única anestesia para pacientes que son alérgicos a los anestésicos, para controlar el flujo sanguíneo, aliviar el dolor, controlar náuseas y vómito<sup>32</sup>, aunque siempre habrá de ser realizada por un experto en esta técnica.

## 4.5 Relajación

La relajación es efectiva en la reducción de la ansiedad y el temor inmediatos, mientras el paciente esta siendo sometido a algún procedimiento odontológico. Aunque es relativamente desconocida es raramente utilizada por el tiempo necesario para el entrenamiento del paciente.

La relajación involucra comúnmente, una serie de ejercicios básicos que pueden tomar varios meses de aprendizaje, con la consiguiente práctica que deberá efectuar el paciente en el hogar por lo menos durante quince minutos por día. El entrenamiento autógeno, una técnica similar al entrenamiento de la relajación específica, también requiere una instrucción de dos o tres meses, seguida de un período de práctica continua.. Sin embargo, aunque el tratamiento sea breve, los procedimientos de relajación pueden ser efectivos en la reducción de la reacción al dolor y la ansiedad.

## 4.6 Distracción

Desde los elementos que se encuentran en la sala de espera y la de operaciones, como parte del ambiente de un consultorio pediátrico hasta la conversación del odontólogo o de la asistente son elementos que podremos usar para la distracción del niño de su temor al tratamiento dental.

Si la plática del odontólogo comienza por tomar importancia en otras cosas que son de más interés para el niño, como las mascotas o simplemente se habla del consultorio como un lugar de trabajo, o de estancia del odontólogo donde se esconden cosas nuevas e interesantes desviaremos la atención del niño a cosas que no le son tan extrañas y de las que se puede sentir parte, como por ejemplo si el dentista le habla de lo triste que se encuentra porque su mascota no puede acompañarlo.

Otra de las técnicas de distracción es la estimulación auditiva en la que el niño puede escuchar desde sonidos a los que está acostumbrado, hasta sonidos que lo hagan pensar en otro lugar, como el mar o el campo. También se puede emplear, música del gusto infantil, para hacerlo sentir en un lugar donde hay más niños y él no será el único “enfrentando” el difícil momento del tratamiento dental.

Tener dentro del consultorio muñecos de peluche o figuras de sus personajes favoritos, les dará la oportunidad de abrazarlos y sentir que “comparten” su experiencia odontológica.

Animarlos a participar de los procedimientos, como por ejemplo pedir que cuenten hasta diez con los dedos de la mano para retirar la jeringa del anestésico, o poner en su mano un poco del alginato que queda en la taza de hule mientras se toma una impresión, para que sean ellos quienes avisen que “¿ya se hizo dura la plastilina?”, los mantendrá con la mente ocupada en otras cosas y en hacerlas bien, que por un momento olvidan la sensación de angustia y al terminar les hace sentir orgullosos de poder haber cooperado en “ayudar” a realizar el tratamiento y en haberse comportado correctamente.

#### 4.7 Recompensa al final del tratamiento

Los reforzadores por definición siempre aumentan la frecuencia de una buena conducta. Los reforzadores materiales son tal vez los más efectivos para los niños.

Muchos odontólogos dan a los niños un pequeño regalo después del tratamiento; sin embargo, el regalo es frecuentemente otorgado sin importar el tipo de comportamiento durante la visita. Aunque algunos autores recomiendan que este tipo de reforzadores sean otorgados solo después de patrones de conducta apropiados. Sin embargo otros sugieren que el regalo puede ser más significativo y útil para un niño pues como recompensa por la cantidad de tiempo que mantuvieron abierta la boca traerá para la siguiente cita una respuesta altamente favorable.

Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que esta en la sala de espera es muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende desde una etiqueta o un globo hasta modelos a escala. Lo que impresiona favorablemente al niño, mas que el regalo, es que se reconozca su mérito.

## CAPÍTULO V

### MODIFICADORES DE LA CONDUCTA.

Al igual que la técnica mano sobre boca, el control o modificación de la conducta por medio de elementos coercitivos se usa solo de haber agotado todos los demás medios. No se debe emplear nunca como castigo, sino de forma positiva y de protección. El niño que se encuentra exitadísimo se calmara casi en seguida cuando se sienta asegurado con estos medios. También el niño deficiente física o mentalmente puede sentirse mas seguro con estos métodos de control al limitar a través del contacto corporal sus movimientos, que lo protejan de lesiones y hagan mas fácil la técnica dental tanto para el niño como para el odontólogo. Siempre habiendo agotado los demás recursos del manejo de la conducta para decidir utilizar estas técnicas modificadoras.

#### 5.1 Restricción Física.

El uso de cualquier tipo de fuerza ha sido un punto de controversia en odontología durante años. Utilizado como técnica exige una gran precaución y consideración racional. La restricción puede tomar una diversidad de formas desde poner las manos sobre los hombros o el pecho o la mano sobre la boca.

La consideración esencial residida en la naturaleza de la pauta de la conducta del niño, pues cualquier forma de restricción, es por decirlo así una forma de castigo. La aplicación primaria de esta técnica sería para niños en la categoría de “conducta descontrolada”. Pero debe quedar muy claro que la responsabilidad es grande y así debe ser contemplada.

El objetivo es lograr el control del paciente, a manera de tener un punto de partida para crear un sistema de conducta positiva.

Una vez obtenido el consentimiento paterno, es aconsejable que se retire para que el niño no se distraiga. El objetivo principal es lograr la atención total del niño. Es muy importante que el odontólogo nunca se muestre enojado, sino que se limite a controlar su voz.

La restricción física del niño incluye, restricción por parte del odontólogo y asistente, la limitación del movimiento de la cabeza, pies y manos y el uso de envolturas corporales, en posición supina del paciente con el dentista cerca de la cabeza lo cual maximiza el control.

En general la restricción física se usa para evitar que los niños se lastimen a si mismos o que puedan ser lastimados por el odontólogo a causa de un movimiento brusco, por ejemplo, el empleo de abre bocas que se usan en el momento de la inyección para evitar que los niños cierren la boca y que se lastimen o se produzca alguna iatrogenia. Esta restricción puede ser necesaria en la mayoría de los casos como anticipación a la ansiedad del niño a pesar que este sea cooperativo y dejar de utilizarse cuando este paso inicial sea completado o para el niño revoltoso y desafiante que cierra constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento.

El abre bocas siempre deberá ser usado con el niño mental o físicamente impedido y con el muy pequeño, que no puede mantener la boca abierta por periodos controlados. Estas situaciones además de controlar la actividad de la mandíbula y proteger al paciente del posible daño a si mismo, un abre bocas también protege los dedos del odontólogo.

La restricción es manejada por el profesional y el asistente para conseguir la cooperación del niño, el asistente deberá ser entrenado para esto y estar preparado para controlar la cabeza, el cuerpo y los brazos del niño, tomando en cuenta una vez mas que este procedimiento no puede ser usado con el niño aprensivo, puesto que, comúnmente solo servirá para aumentar sus temores.

También alguno de los padres podrá colaborar para ayudar a controlar los movimientos del paciente o cuando se trata de un niño muy pequeño. Podrá ser con el niño sentado en el regazo de la madre, una de cuyas manos será colocada sobre la frente del niño, mientras que con la otra cubre ambas muñecas, pues en esta posición la madre podrá inmovilizar satisfactoriamente la cabeza, los brazos y el cuerpo del niño. Algunos aspectos para recordar son:

- 1.- Establecer una buena comunicación.
- 2.- Ser consecuente hasta cierto punto con sus exigencias y ruegos.
- 3.- Tener siempre en cuenta la edad de desarrollo del niño.
- 4.- Prodigar alabanzas como refuerzo positivo por una buena conducta.

Cuando la restricción se lleva a cabo entre el odontólogo y el asistente, el odontólogo será quien sujete la cabeza del niño con el brazo estrechándola contra su pecho para poder tener las manos libres y continuar el tratamiento dental mientras la asistente sostiene con una mano las rodillas del niño y con la otra los dos brazos de este. En algunas ocasiones se necesita de dos asistentes o que el padre ayude.

Los niños tienden a resistirse o a pelear cuando son sujetados físicamente por otra persona. Sin embargo cuando se usa un objeto inanimado como una sabana Pedi-Wrap o correas aparentemente se tranquilizan al darse cuenta de que están sujetos de forma segura. La sujeción positiva disuade de la lucha inútil y previene una conducta poco deseable que se haga insostenible.

Una sabana doblada en las esquinas formando un triángulo facilita un método efectivo para dominar los movimientos indeseables de brazos. El vértice del triángulo se pone por debajo de los brazos cruzados del paciente y se ata al rededor de ellos. Se dobla entonces la base del triángulo sobre los brazos y a través de los hombros sin impedir la respiración. Las puntas restantes de la sabana se atan entonces detrás del sillón dental. Para controlar el resto del cuerpo habrá que asegurar las piernas por encima de las rodillas con una cinta de sujeción u otra sabana doblada a los largo

También podrán ser utilizadas sabanas como envolturas corporales completas para restringir los movimientos. Se envuelve al niño con los brazos a los costados y las puntas de las sabanas hacia su espalda, para que cuando este recostado en el sillón su propio peso impida que se desaloje la sabana. Este tipo de restricción no asegura al niño al sillón dental a menos que sea también usada una sabana adicional (atada al rededor del paciente y del sillón). Se usa frecuentemente para el niño muy pequeño de menos de dos años de edad.

Existe un ejemplo comercial de este tipo de restricción. El Pedi-Wrap es una sabana de punto de nilón reforzado con cierres de velcro. Se coloca el pedi-Wrap, previamente colocado en la posición de trabajo. El odontólogo y su ayudante se mantienen en los lados opuestos al sillón. El niño se coloca en la sabana de forma que el odontólogo y su asistente puedan asegurar los brazos a uno y a otro lado y también los cierres de velcro sobre su pecho.

Se debe asegurar el tercer cierre de la cabeza, para dominar el movimiento excesivo de la mano y luego asegurarse también de los cierres restantes, aunque tampoco este método sujeta al niño al sillón dental. Existe otro método que aunque no fija al paciente al sillón, lo hace a una base rígida que lo asegura de no caer.

La manta o red de sujeción asegura al niño sobre una base de metal o fibra de vidrio acojinada con tres pares de cinta de lona, o botones que aseguran la manta con un sistema de cierre por presión y de separación fácil de cerrar y ajustar para poder asegurar y liberar al niño rápidamente. Este dispositivo se puede emplear con el paciente menos cooperador. La manta o red se pondrá a todo lo largo del cuerpo habiendo colocado previamente los brazos del niño en los costados para que no se lastime y no pueda hacer fuerza con ellos. De igual manera las piernas estiradas y las rodillas juntas para evitar que con ellas tenga un punto de apoyo y se mueva de su lugar. Solo deberán quedar libres los pies para que no sean lastimados y de igual manera la red llegara tan solo hasta los hombros para que no pueda mover el cuerpo pero que no se lastime el cuello ni impida su respiración. Habrá que poner especial atención en que los niños no usen suéter o chamarra al momento de cubrirlos para evitar que se acaloren y estén aun mas incómodos.

Una vez que se han asegurado el cuerpo y las extremidades, como se dijo anteriormente el odontólogo y su equipo deben mantener un control absoluto de la cabeza del niño. Los movimientos inesperados durante la administración de la anestesia local o durante las técnicas restauradoras podrían lesionar al paciente. El dentista debe mantener firmemente la cabeza del niño entre su pecho y su brazo de manera que su mano quede libre para sujetar el espejo y retraer la mejilla. Sino puede dominar adecuadamente la cabeza del niño, un ayudante se colocara a la cabecera del sillón dental para sujetarla, con una mano a cada lado.

Es muy importante hacer énfasis en que estas técnicas de restricción serán usadas para controlar la conducta del paciente en el momento y enseñar poco a poca la conducta correcta que deberá presentar para que paulatinamente se vayan eliminando las restricciones físicas y acepte el tratamiento con cualquiera de las técnicas de enfoque psicológico como decir-mostrar-hacer cuando el niño haya comprendido que el odontólogo es un amigo en quien puede confiar.



## 5.2 Premedicación.

Un niño que no puede ser dirigido correctamente o no responde a los procedimientos de manejo ya sean psicológicos o físicos, puede ser necesaria la premedicación. El uso de medicación puede ser que aliente una conducta más positiva, puede ser considerado un recurso auxiliar. La premedicación no asegura que el odontólogo puede alcanzar todos sus objetivos, pero le facilitará llegar a ellos.

Es importante la selección del caso y los principales candidatos pertenecen al grupo de los “potencialmente cooperativos”. Será excepción en el terreno de los de “conducta descontrolada”, donde primero hay que establecer un grado de comunicación. El principio básico es tener lo más relajado al paciente para permitir el desarrollo de un sistema de refuerzo positivo. Logrado ésto, y con una cooperación más favorable quedaría eliminada la necesidad de una premedicación, ésta siempre deberá ser empleada como un método temporal mientras el paciente aprende a cooperar y a librarse de sus temores logrando una conducta aceptable y una maduración emocional.

La premedicación puede estar indicada para los siguientes tipos de pacientes.

1. Niños muy pequeños (de 3 años de edad o menos) que carecen de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.
2. Niños muy aprensivos, en quienes la terapia con drogas puede ser usada junto con otras técnicas del manejo de la conducta.
3. Niños físicamente impedidos como los pacientes con parálisis cerebral, que no pueden controlar adecuadamente sus actividades musculares voluntarias.
4. Niños mentalmente impedidos, como los pacientes con síndrome de Down, que como los niños muy pequeños, pueden carecer de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

Los premedicamentos empleados comúnmente en niños incluyen sedantes hipnóticos, como el hidrato de cloral y los barbitúricos; las drogas ansiolíticas como el meprobamato, la hidroxizina, el diazepam y la prometacina; y los narcóticos, como la mepiridina. También se usan combinaciones de estas drogas.

De 409 miembros de la academia de odontopediatras diplomados (U.S.A.) se analizó la frecuencia del uso de la premedicación y se encontró que éste no es alto. Sólo el 64% la usa con regularidad y es más frecuente el uso de los graduados más recientes que el de los colegas más experimentados.<sup>33</sup>

Será muy importante tomar en cuenta los siguientes puntos para llevar a cabo una premedicación:

1. Identificar claramente el tratamiento a realizar.
2. Decidir cuánto tiempo es probable que se insuma el procedimiento.
3. Prever cuánta molestia será causada y qué efecto tendrá posiblemente en el paciente.
4. Evaluar que conducta interruptiva puede ser aceptada sin sacrificar la calidad del tratamiento.
5. Si es probable que ocurra tal conducta interruptiva o el procedimiento exigirá mucho del paciente, habrá que decidir si el dolor o ansiedad del paciente requerirán medidas especiales.
6. Elegir la o las drogas que brinden el alivio necesario.
7. Elegir la dosis, la vía y el momento de administración que logren el control deseado de la conducta.

### 5.3 Sedación consciente

El temor al dolor y la ansiedad del paciente cuando no pueden controlarse por medio de las técnicas psicológicas y físicas deberán ser manejadas por medio de un enfoque farmacológico. La percepción del dolor y las emociones están ínter relacionadas por consiguiente, cuando el niño está ansioso o asustado ante una situación determinada su umbral de dolor queda disminuido y las cosas que normalmente no le preocuparían las puede imaginar como muy dolorosas. Se han de hacer todos los esfuerzos posibles para subir este umbral de dolor cuando está en tensión. Es por ello que cuando se selecciona alguno de estos métodos es importante recordar que el dolor es una sensación localizada de displacer y de naturaleza altamente subjetiva. Por lo tanto las sensaciones del paciente sobre dolor deben aceptarse como una percepción válida.

Una manera de lograrlo es la sedación consciente. Esta es la depresión mínima del nivel de conciencia<sup>34</sup> que le permite al paciente la habilidad de mantener por si mismo la vía respiratoria respondiendo de manera constante y adecuada y de responder a la estimulación física y verbal como lo son las ordenes directas, por ejemplo “abre los ojos”, “cierra la boca” , etc.

La administración de una combinación de óxido nitroso y oxígeno por inhalación para modificar la conducta de los pacientes odontológicos es usada tanto en niños temerosos como impedidos. Se lleva a los pulmones y rápidamente se difunde en la sangre, no necesita del oxígeno ni del dióxido de carbono, de la hemoglobina y es trasladado por el suero rápidamente hacia cerebro y otros tejidos. Se elimina especialmente por los pulmones muy rápidamente sin ser transformado. No existe cambio de óxido nitroso en el cuerpo y por lo tanto no hay efecto prolongado. El suministro de éste analgésico produce un estado de relajación y euforia en el paciente. Además aumenta el umbral del dolor, tanto en los dientes primarios como en los permanentes, aumenta la cooperación del paciente, reduce el reflejo de náuseas y no deja residuos de sedación después de que han terminado las técnicas dentales. El paciente puede ser dado de alta en forma ambulatoria muy pronto después de terminar el suministro o de quitar el inhalador nasal.

Habrá que tomar en cuenta que es muy probable que los pacientes mantengan los ojos cerrados o que se queden dormidos, debido a la reducción funcional del sistema nervioso central, aunque será fácil despertarlo o llamar su atención por medio de la estimulación física o verbal.

Es de resultados favorables y es de fácil administración, está libre de efectos colaterales desfavorables y es segura, aunque no sirve para evitar problemas graves de conducta. Niños fóbicos o desafiantes han de ser tratados por medio de otros métodos. El óxido nitroso tiene sus mejores efectos en pacientes que colaboran pero que necesiten ayuda para evitar su miedo y ansiedad, o en pacientes en quienes una larga técnica puede causar fatiga.

## 5.4 Anestesia General

Algunas veces un niño puede mostrar una conducta que sólo puede dominarse con anestesia general. Desde el punto de vista del manejo de la conducta, se debe reservar la anestesia general para los niños que entran en la categoría de “falta de capacidad para cooperar”.

Es raro que ésta técnica requiera un uso repetido. Las bases racionales residen en realizar todo el tratamiento odontológico en una sesión y así aliviar al niño de la urgencia dental. Al facilitar al niño la inconsciencia, le quitamos la oportunidad de aprender a enfrentarse con la odontología; sin embargo, se facilita un cuidado dental óptimo a un niño que de otra manera no podría tener acceso a él.

Es imperativo colocar a todos los niños dentro de un plan detenido de prevención para eliminar la posibilidad de tener que realizar el procedimiento.

En niños considerados potencialmente cooperativos se hará todo el esfuerzo posible para reacondicionar sus preocupaciones con respecto a la odontología para establecer fe y confianza en el medio odontológico. Un fracaso en lograr ésto, significa que se logró una solución a corto plazo para el problema, pero no los objetivos a largo plazo.

Como la anestesia general puede ser un procedimiento que ponga en peligro la vida, su uso deberá ser restringido a aquellos pocos casos donde esté específicamente indicada. Antes de internar un paciente en el hospital siempre deberán ser considerados dos factores:

1. Los costos hospitalarios o si el costo justifica los beneficios
2. Los riesgos asociados con el anestésico mismo.

La anestesia general no es una técnica para ser empleada descuidadamente, por lo que la restricción física y el uso de la premedicación siempre será considerada antes que la hospitalización.

Los niños que podrían requerir finalmente la anestesia general incluyen a los muy pequeños (menores de 3 años) con caries extensivas (como caries por alimentación infantil, los niños con retraso mental del grado en el que el

dentista no pueda establecer una comunicación con ella, los paráliticos cerebrales que no pueden controlar adecuadamente sus propios movimientos físicos y los mayores mentalmente impedidos en los que es imposible la restricción física.

Luego de todas estas consideraciones, también habrán de ser tomadas en cuenta otros factores, como la historia clínica del paciente, si ha tenido anteriores hospitalizaciones, peso, edad, estatura, presión arterial, etc. El objetivo principal será tomar todas las medidas de seguridad posibles de manera que se brinde el mayor cuidado al paciente, ya que para la aplicación de la anestesia general se necesitará de personal especializado para ello.

## CAPÍTULO VI

### PAPEL DE LOS PADRES EN EL MANEJO Y CONTROL DE LA CONDUCTA INFANTIL.

Todo hogar tiene sus propias reglas, a veces no verbales, con patrones de comunicación, actitudes y tradiciones singulares que se imponen en forma continua al niño quien aprende observando e imitando a las personas que lo rodean. Por eso no sorprende que las actitudes familiares sobre todo las de la madre tengan gran influencia sobre su comportamiento.

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos; no puede evitarse.

La conducta del niño en el consultorio odontológico refleja la relación entre hijo y padres. Una buena relación se caracteriza por el equilibrio entre las necesidades respectivas del niño y de sus padres.

#### 6.1 Triángulo del tratamiento pediátrico

La principal diferencia entre el tratamiento de un adulto y el de un niño, son las relaciones interpersonales que se dan dentro de este. Cuando se atiende a un adulto, tan sólo existirá de manera importante la relación dentista - paciente, mientras que al atender a un niño, se formará una relación que involucra tres partes muy importantes, Dentista, paciente y padres

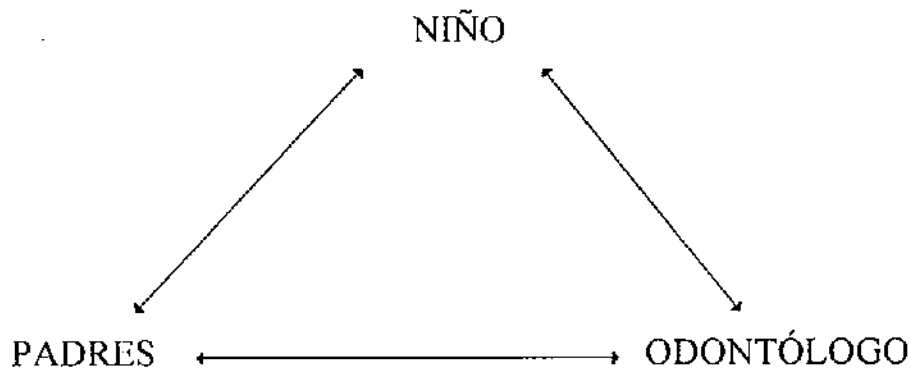
Lo que ilustra de manera más gráfica esta relación es el triángulo del tratamiento pediátrico y nos ayuda a ver de manera más simple la importancia que tiene la interrelación de las tres partes, donde el vértice de este triángulo, es el paciente niño ya que es el foco de atención de ambos, padres y odontólogo, los cuales a su vez forman la base de este triángulo, pues son los responsables de

la atención y salud del niño, pero siempre habrá una estrecha comunicación entre cada uno de los elementos de este triángulo y siempre será recíproca.

La comunicación que establezca el odontólogo con el niño será la piedra angular de la confianza que este le proporcione y por consiguiente el éxito del tratamiento. En algunas ocasiones llega a ser tal dicha confianza que el odontólogo conocerá ciertos aspectos que los padres no han descubierto sobre sus hijos que cuando el odontólogo se los comparta, podrán ser un buen elemento de la educación dental ya en el hogar.

Por el contrario en algunas otras ocasiones, mientras el niño da su confianza al odontólogo, el poder apoyarse en los padres de familia, será de vital importancia para conocer el porque de ciertas actitudes y la manera de como llegar a entablar una buena relación con el paciente, pues nadie conoce mejor al niño que sus padres.

Y por último siempre existirá un dialogo entre hijos y padres en el que se digan cosas que quizá no se atrevieron a decir al odontólogo, como por ejemplo alguna petición del niño, que luego podrá ser expresada por los padres o una de las cosas más importantes, las expresiones de satisfacción del niño hacia la atención dental, ya que si se gana la confianza del niño, en seguida vendrá la de los padres.



• TRIANGULO DE WRIGHT

## 6.2 Comportamiento de los padres.

Algunas actitudes de los padres pueden afectar adversamente la personalidad de desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en una situación odontológica.

Se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala del tratamiento, los padres no deberían hacer ningún intento por seguirlo, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo.

Por lo general se desarrolla una buena relación padres-dentista sin ningún esfuerzo especial. Sin embargo, a veces los padres necesitan asesoramiento e instrucción sobre la forma en que mejor pueden contribuir al éxito del tratamiento, por ejemplo, algunos padres, en su afán por dar al niño todo lo mejor se tornan demasiado protectores y por consiguiente, no desean exigirle nada.

Los padres pueden optar por dejar que el niño adopte sus propias decisiones en lugar de tomar la responsabilidad de poner límites.

Es necesario aconsejar a los padres acerca de exigencias adecuadas y específicas si son presentadas con comprensión y confianza por el odontólogo y así los padres a menudo le estarán agradecidos. Aunque algunos padres son abiertamente hostiles y se niegan a aceptar cualquier tipo de exigencia sobre sus hijos; aconsejar a estos puede ser difícil y exige mucho tacto y diplomacia. Tras tal hostilidad subyace a veces la propia ansiedad de los padres ante la odontología. En esta situación sería mejor que de ser posible, el niño sea acompañado a la consulta por el otro progenitor u otro familiar.

El odontólogo tendrá que reconocer y tomar en consideración también la personalidad e individualidad de los padres, en general los padres que han llevado a sus hijos a un tratamiento dental cumplen con la importancia de este, aunque algunas veces se encuentran tan ocupados con su ritmo de vida que les es difícil cooperar con los programas de higiene oral que sugiere el odontólogo fuera del consultorio dental. Aunque nunca se puede generalizar.



Es por eso que resulta ser de gran importancia el papel de los padres dentro del tratamiento odontológico y por ello se habrá de tomar en cuenta la clasificación de las actitudes de los padres que se han identificado dentro de la práctica dental de manera que el odontólogo puede determinar estrategias para su manejo.

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

Padres sobreprotectores y de ansiedad excesiva.

Todo niño necesita amor y afecto. Esto es considerado un prerequisite para el sano desarrollo emocional del infante. Sin embargo a causa de ciertos factores emocionales relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Numerosas causas pueden brindar el estímulo para la sobre protección, una historia de abortos previos, una larga espera en la concepción etc. O si alguno de los padres creció en un hogar donde hubo una gran falta de calidez y amor. Un niño puede ser también sobre protegido si ha muerto otro hermano o si la madre está al tanto de que ya no puede tener más hijos. Una enfermedad seria o una condición de impedimento en el niño pueden también estimular la sobre protección. Otra causa posible es la ausencia paterna por muerte o divorcio, donde puede haber factores psicológicos en la vida de los padres que les hacen crear una necesidad y dependencia anormal de los hijos.

Hay varios signos que ayudan a identificar a los padres sobreprotectores. En general, son aquellos que brindan un cuidado excesivo en la alimentación, vestidos e higiene; y está constantemente involucrada en las actividades sociales del niño, impidiéndole correr riesgos ordinarios del juego, al par que muestra gran aprehensión respecto a los problemas médicos y odontológicos de rutina, extendiéndose esta preocupación, más allá de lo normal.

Generalmente el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia, o tomar decisiones por sí mismo, ya que los padres prestan ayuda al niño en cada tarea, por mínima que sea y que el niño trate de hacer. Por lo tanto, se retarda la maduración psicológica normal del niño y tienden a "infantilizarlo".

Parece que hay una reacción de comportamiento inversa a las actitudes de los padres. Los padres sobreprotectores que son dominantes, se asocian con niños tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes y con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Aunque este es un paciente odontológico cooperador, es difícil establecer una relación con ellos ya que hay que romper esa barrera de timidez haciendo que confíe en su capacidad para ser un buen paciente dental.

Con estos padres, siempre será útil, entablar antes una comunicación, donde se establezcan los parámetros del tratamiento y se preste a una plática razonable, para mitigar la duda o angustia del niño, si ve a los padres preguntando sobre la seguridad del tratamiento al dentista, y luego se habrá de entablar una muy buena relación dentista-paciente que tranquilizará en gran medida a los padres.

#### Padres Sobreindulgentes

La sobreindulgencia puede estar asociada con la sobreprotección. En este caso, los padres dan al niño lo que quiere, en cuanto sea financieramente posible incluyendo juguetes, golosinas y ropas, y comúnmente, ponen muy pocas restricciones sobre la conducta de su hijo, y otros parientes tales como los abuelos, son también con frecuencia demasiado indulgentes.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan a sus hijos muchos lujos, se asocian con niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que los rodea. A estos niños no se les pide que enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Es el típico niño "malcriado" acostumbrado a hacer lo que quiere y que cuando no se les da lo que piden, se impacientan y tienen ataques de mal genio incluso tratando de golpear a quien les negó algo, pues su desarrollo emocional se halla estancado, manteniéndolo en un estado infantil, dependiente de que el llanto o un berrinche producirá la conducta que él exige de los padres.

Será muy común que dentro del consultorio odontológico quieran hacer un berrinche cuando no pueden dominar el trance, de la misma manera en la que controlan la situación en su hogar, e interpretaran cualquier intento disciplinario del dentista como brutalidad. Son niños muy mimados que aunque no

incorregibles, son muy difíciles de tratar y en la mayoría de estos casos se tendrá que usar la disciplina como medio para obtener su cooperación. Por lo tanto, de igual manera que con los hijos de padres sobreprotectores, se tendrá que establecer una muy buena relación con los padres, para que estén al tanto de cómo se les va a tratar y a exigir de sí mismos ya que estos concideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá que usar mucho tacto.

### Carencia afectiva

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa del trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo, a causa de problemas emocionales.

El padre que es indiferente, tiene niños que se sienten inferiores y olvidados, aunque se comportan bien y aparentan ser bien adaptados, no están seguros de sí mismos, y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos y se vuelven poco cooperadores por no sentirse capaces de tomar decisiones, puesto que no han aprendido ni experimentado el amor en su hogar, desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados no solo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que a estos niños se les critique constantemente, se les moleste y atormente continuamente con demostraciones continuas de desagrado. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

El contacto emocional y la conexión con ellos, es difícil de lograr. El profesional encontrará que lloran fácilmente y no quieren o no pueden cooperar y deberá tratar cualquier desobediencia no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho y deberán respetarse sus peticiones en lo posible por que están necesitados de atención y bondad. En muchos casos se porta mal para llamar la atención.

### Padres Autoritarios.

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompetibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Eligen técnicas para controlar la conducta de su hijo que pueden ser llamadas "horientadas sin amor", ya que la disciplina toma a menudo la forma de castigo físico o ridículo verbal y son por lo general extremadamente críticos y estrictos. Estas molestias desarrollan en el niño resentimiento, evasión, sumisión y e inquietud. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las ordenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

### Padres manipuladores.

La conducta manipuladora de un padre se manifiesta en la demanda excesiva de actitudes específicas. En un inicio se manifiestan demasiado estrictos en el cumplimiento del horario de la cita pero a medida que esta avanza quieren ir tomando parte y dirigir el curso del diagnóstico y el tratamiento del niño.

En este caso el odontólogo deberá regular la situación y manejar al padre de manera en la que comprenda y acepte el tratamiento como en el caso en el que la madre reusa que se le tomen radiografías al niño. Aquí el odontólogo tendrá que buscar la manera de explicar y convencer a los padres de que existen técnicas conservadoras para la reducción del riesgo de la radiación. Y esta actitud deberá ser manejada siempre tratando de entablar con ellos una discusión de manera razonable.

### Padres de actitud negativa.

Esta conducta se manifiesta en los padres que siempre cuestionan la necesidad del tratamiento. En este caso no es la curiosidad normal ya que siempre la pregunta ira enfocada a la opción de no realizar el tratamiento. Las causas que pueden originar esta conducta son:

1. Experiencias personales deficientes en el consultorio dental.
2. Hostilidad hacia las profesiones de la salud.
3. Sensación de inseguridad del ambiente.
4. Falta de conocimiento acerca de los procedimientos dentales.

El odontólogo deberá actuar con paciencia desde el momento en el que los padres no han entendido el tratamiento sugerido y determinar si es por falta de comunicación.

### 6.3 Justificación y beneficios de la separación del niño y los padres.

La presencia de los padres en el ambiente de trabajo tiene algunas ventajas, así como algunas veces tiene desventajas. Para ello es necesario establecer muy bien las indicaciones de las situaciones en las que se debe permitir y hasta estimular la presencia de los padres y también la situación en las que se debe evitar esta presencia y hasta el recomendarla como una necesidad.

Por una parte hacer que los padres no entren a la sala de operaciones puede contribuir al comportamiento positivo del niño. Se puede admitir que la relación médico-paciente será más valiosa si no existe interferencia alguna. Desde este punto de vista los padres pueden constituir un obstáculo.

Se debe tener en cuenta que el niño debe tener conciencia de los cuidados dentarios y llegar a asumirlos. En general se ha sugerido separar a los padres del niño por las siguientes razones:

1. El padre a menudo repite las ordenes del odontólogo lo cual es bastante molesto para este y para el niño.
2. El padre da ordenes que se convierten en una barrera en el desarrollo de la confianza y comunicación entre el niño y el odontólogo.
3. El odontólogo en algunas ocasiones no puede usar la técnica control de voz pues el padre puede sentirse ofendido.
4. El niño divide su atención entre sus padres y el odontólogo.
5. El odontólogo divide su atención entre el niño y los padres.

La mayoría de los odontólogos probablemente se encuentren más cómodos cuando los padres se quedan en la sala de espera, pues no se sienten trabajando frente toda una audiencia y obviamente es preferible que el odontólogo trabaje sin estrés y prestando su completa atención al niño y al tratamiento que está realizando.

Pero no es conveniente en función de una concepción demasiado rígida, privar a ciertos niños de su seguridad y su modo de comunicación. Cada situación debe adaptarse a la vez a la madurez del niño y a la de sus padres.

Hasta que el niño alcanza los 3 o 4 años de edad será recomendable la presencia de alguno de los padres durante el tratamiento ya que a esta edad el niño aun no entiende la razón de la separación de sus padres, y por ello comienza a llorar haciendo el tratamiento aun más difícil. De esta manera al permanecer con alguno de sus padres experimenta una gran comodidad al estar sobre las rodillas de su madre, mientras esta guarda una actitud distendida y silenciosa. De este modo, la madre asegura al niño el contacto corporal tranquilizándolo cuando es necesario pero, será importante dejar el diálogo al odontólogo para que este llegue a captar la atención del niño.

Algunas de las razones para permitir que los padres estén presentes durante el tratamiento son:

1. Fomenta la relación odontólogo-tutor y hace que esta relación sea menos impersonal.
2. El padre puede darse cuenta de que tratamiento se está realizando y del comportamiento real que el niño está teniendo, es decir, si el niño llora el padre conoce la causa.
3. Ahorra tiempo que quizá se debería usar al final de la cita en responder algunas preguntas.
4. Se ha demostrado que los beneficios psicológicos en niños menores de 4 años en la presencia de sus madres es mucho mayor ya que responden mejor.

Todas estas ventajas serán necesarias para las siguientes situaciones.

- a) En la visita inicial.
- b) En pacientes receptivos tímidos.
- c) En pacientes con algún impedimento físico y mental y en pacientes con

padres desconfiados.

Generalmete se invita a entrar a los padres en la premera visita, para comprender el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales y se podrá dar al niño y a sus padres un periodo de adoctrinación más extenso.

En estos casos y algunos otros la presencia de los padres se justifica hasta lograr que el niño tome confianza y familiaridad. Generalmente ocurre en no mas de dos citas, sin embargo se debe recomendar y hasta prohibir la presencia de los padres en pacientes con conducta desafiante, engreidos, etc.

Se aspira que la decisión que se tome, sea para establecer mas rapido y mejor, una relación odontólogo-paciente; en algunos casos por que brindan un apoyo positivo para la conducta y en otros por que se quiere evitar interferenfcias negativas para alcanzar una buena comunicación.

Numerosos clinicos han llegado a la conclusion de que existe un marcado incremento en el numero de padres que desean estar presentes durante el tratamiento de sus niños, pues creen que el comportamiento de esto será mejor, para esto se realizo un estudio comparativo donde en uno de los grupos estudiados se permitio la presencia de los padres y como resultado se dio en los niños una conducta definitivamente positiva en comparación a los demas grupos en los que a pesar de que se realizo la técnica de desensibilización los resultados del comportamiento fueron simplmente positivos y hasta negativos.

Aunque es importante señalar que la participación de los padres a una observación pasiva, de manera que no interfieran en la comunicación entre estomatologo y paciente.<sup>35</sup>

#### 6.4 Instrucciones a los padres.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El odontólogo puede hacer mucho en la educación de los padres para que estos se

aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con duda y miedo. Para los padres será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremas de disciplina y que el niño participara gustoso en la nueva experiencia, por lo tanto los padres se tornaran mas entusiastas sobre el bienestar dental del niño y tenderán cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existira una situación mas satisfactoria entre el dentista y la familia.

Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. Puesto que es lógico que los padres con frecuencia:

- a) Tengan ansiedad ante la odontología.
- b) Sea inseguro acerca de como debe manejar al niño en la visita al odontólogo y agradece ayudas y consejos al respecto.
- c) Sea culpable de la conducta no cooperadora del niño y parcialmente responsable de la situación dental de este.
- d) Subestima los recursos del niño para enfrentarse a frustraciones y a estress

Es por ello que lo que los padres necesitan es:

- a) Información franca sobre las necesidades odontológicas del niño.
- b) Ser capaz de aceptar que su hijo es una persona independiente con recursos propios para enfrentar el estress.

Será de vital importancia pedir a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño y no mencionar sus propias experiencias desagradables. Pueden evitar el miedo explicando de una manera agradable y sin darle mucha importancia e insistir en lo amable que podrá ser el dentista y a los padres se les podrá explicar las técnicas operativas mejoradas y las técnicas de manejo del niño para que él las pueda explicar a sus hijos en lugar de infundirles temos.

Se deberá insistir a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo, ya que en la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.



Se debe insistir a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología para que se acostumbre con el consultorio y para que empiece a conocerlo.

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

Se aconseja a los padres no sobornar a sus hijos para que vayan al odontólogo. Este método podría significar para el niño que tiene que enfrentarse a algún peligro con la consecuencia de que no regresen o no colaboren con el tratamiento sino obtienen nada a cambio.

Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas o ridiculizando los servicios dentales pues solo se crea un resentimiento hacia el odontólogo y dificulta sus esfuerzos.

Los padres no deberán prometer al niño lo que se le va a hacer o no. El odontólogo no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño, ya que las mentiras solo llevan a la decepción y a la desconfianza.

Varios días antes de la cita puede instruirse a los padres a que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al odontólogo. Nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

Un estudio publicado en la revista *Pediatric Dentistry*, muestra como padres que llevaron a sus hijos atención dental fueron informados acerca de las técnicas que posiblemente serían utilizadas por medio de un video mostrando dichas técnicas aseguraron sentirse mucho más capacitados para tomar decisiones en cuanto al consentimiento del tratamiento dental pues se sentían más seguros que antes de conocer las técnicas.<sup>36</sup>

## 6.5 Implicaciones éticas y legales.

Dentro de la odontología moderna se hace mucho énfasis sobre el gran impacto que han tenido las consideraciones a últimas fechas y junto con ellas las implicaciones éticas que tengan todos los procedimientos y actitudes del cirujano dentista. Desafortunadamente muchos odontólogos olvidan, o no dan la debida importancia a estos dos puntos.

El odontólogo debe saber que los padres se encuentran en todo el derecho de no permitir que se lleve a cabo determinado procedimiento o que se trate al niño negligentemente y también se encuentra en pleno derecho de hacer las preguntas que considere necesarias para dar la aprobación de la ejecución de un tratamiento, más cuando éste se trata de una sedación consciente o inconsciente o en el caso del uso de las técnicas de restricción física que el peor de los casos se podrían tomar como maltrato infantil.

Los niños de hoy en día han cambiado mucho en relación a los de hace veinte o treinta años. Comienzan la escuela antes y se les enseña a pensar más ágilmente. También esto se enfoca a las cuestiones legales y a la influencia social.

Esto ha traído en consecuencia la creación de muchas leyes para la protección de los niños, lo cual es muy bueno en cuanto a el respeto de los derechos de los mismos, pero ha causado también que pese al consentimiento paterno, en algunas áreas el niño puede tener el "privilegio" de rehusar la atención causando así el empeoramiento del estado de salud dental de un pequeño que por ley se rehusara a recibir el tratamiento y encima de ello obtuviese dicha protección.

Por lo tanto sería prudente que cuantos participaran en un enfoque de esta naturaleza tenga conciencia de las implicaciones legales en este terreno y será deber de los padres y del odontólogo, estar al tanto de todas estas leyes para ser consideradas en un caso extremo.

Independientemente de las consideraciones legales, el odontólogo habrá de tratar éticamente a todos y cada uno de sus pacientes y emplear correctamente las técnicas del manejo de la conducta, pues hay que tomar en cuenta que la

significación psicológica que pueden tener estas técnicas, repercutirán a lo largo de toda la vida del niño. Wolking, acerca de ello añade:<sup>37</sup> “ Un componente principal del miedo es la sensación de impotencia frente al peligro. Los procedimientos forzados por quienes son más grandes y más fuertes sólo sirven para intensificar los sentimientos de impotencia “ De modo que es importante que una decisión racional provea la base para el uso de la restricción.<sup>38 39</sup>

## CONCLUSIONES

PRIMERA.- Para poder comunicarse apropiadamente es necesario apreciar el nivel de desarrollo intelectual del niño.

SEGUNDA.- Cada niño tiene derecho y deberá recibir la atención completa del odontólogo.

TERCERA.- No existen en el manejo del niño formulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

CUARTA.- La selección de la técnica del manejo del niño de preferencia deberá ser basada en la personalidad y características del paciente a tratar tomando en cuenta la significación psicológica y ayuda para un futuro que esta pueda representar para el niño.

QUINTA.- Es importante darle al niño la oportunidad de desarrollar su propia personalidad y su autoconfianza.

SEXTA.- Los niños y también los padres aprecian en gran medida una atención personalizada.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> WILLIAM R. FIELDS H.W. , etal, Ortodoncia teórica y práctica .Ed. Mosby/Doyma Libros 2º edición España
- <sup>2</sup> *Ibidem*, p.8
- <sup>3</sup> *Ibidem*, p 14
- <sup>4</sup> PNKHAM Jr. Personality development. Managing behavior of the cooperative prechool child, Department of pediatric dentistry, University of Iowa. Dent-Clin-North-Am 1995 Oct 39(4): 771-87
- <sup>5</sup> McDONALD R. Dentistry for the child and the adolescent, Ed Mosby1994 USA
- <sup>6</sup> BRAHAM R. Odontología pediátrica,Ed Panamerican, 1984,Argentina
- <sup>7</sup> MATHEWSON R, ETAL, Fundamentals of pediatric Dentistry, Quintessence Publishing Co. 1987.Chicago
- <sup>8</sup> DAVIS J. Etal, Paidodoncia (atlas), De. Panamericana, 1984 Argentina
- <sup>9</sup> KENNETH D.SNAWDER. Manual de odontopediatría clínica De Labor S.A. 1989 España. Modificado de IGL y Ames LB Child Behavior From birth to 10 years,1955 Harper&Row Publishers.
- <sup>10</sup> Mc DONALD Odontología para el niño y el adolescente, De. Mundi, 1985 Argentina
- <sup>11</sup> *Ibidem*, p 28.
- <sup>12</sup> KLINGBERG G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement prevalence, concomitant factor, and effect, Department of pedodontics, faculty of odontología, Goteborg University, and Public Dental Service, Swed-Dent-J-Suppl. 1995:103:1-78 Sweden.
- <sup>13</sup> ALWIN N. MURRAY JJ. Etal the effect of children's dental axiety on the behaviour of a dentist. Eapartment of Dental health, University of Nes Castle Upon Tyne, Int-J-Pediatr-Dent.1994 Mar;(1).19-24 England.
- <sup>14</sup> *Ibiden* p.20
- <sup>15</sup> RIPA L. etal, Manejo de la conducta odontológica del niño, Ed Mundi S.A.I.C. y F. 1984, Argentina
- <sup>16</sup> ORTEGA J. El miedo al dentista, Dentista y Paciente, Vol 6,Nim 63, -7 Sep 1997 México.
- <sup>17</sup> *Ibidem* p 28
- <sup>18</sup> *Ibidem* p. 29
- <sup>19</sup> *Ibidem* p 20
- <sup>20</sup> CASTILLO R. Manual de odontología pediátrica, De. Actualidades médicoodontológicas,1996, Colombia
- <sup>21</sup> *Ibidem* p. 20
- <sup>22</sup> MUSELMANN R.J. Considerations in behavior management of the pediatric dental patients helping children cope with dental treatment. Department of pediatric dentistry Louisiana State University School of Dentistry New Orleans, *Pediatr-Clin-North-Am* 1991 oct: 38(5):1309-24.
- <sup>23</sup> *Ibidem* p 16
- <sup>24</sup> *Ibidem* p. 35
- <sup>25</sup> MALCOM. S. Foster. D.D.D.S. protecting our childrens teeth. (a guide to quality dental care from infency troug age twelve),Ed Insight books,1992,U.S.A.
- <sup>26</sup> *Ibidem* p 35
- <sup>27</sup> KENNETHD. SNAWDER Manual de odontopediatría clínica. De Labor S.A. 2da edición España.
- <sup>28</sup> *Ibidem* p 35
- <sup>29</sup> *Pediatras pertenecientes a la asociación de odontopediatras diplomados adaptada por Spedding. Ibidem* p. 35
- <sup>30</sup> BARBER, THOMAS K. Odontología pediátrica Ed Manual moderno,S.A de C.V. 1985 México.
- <sup>31</sup> *Ibidem* p. 35

- <sup>32</sup> SANCHEZ CALDERÓN M. La hipnoterapia, un recurso para controlar el dolor. Dentista y paciente vol 6 num 63 44-46 sep 1997 .
- <sup>33</sup> Estudio realizado por Wright y McAulay. Ibidem p. 35
- <sup>34</sup> KENNETH C, TROUTMAN, D. Conscious sedation for pediatric patients an update . behavior Management for the pediatric dental patient, conference/workshop, American academy of pediatric dentistry Sep30-Oct2 1988 Iowa city
- <sup>35</sup> Ibidem p 37
- <sup>36</sup> BRANDES D.A., WILSON S., PREISCH J.W., CASAMASSINO P.S. A comparison from parents of disabled and non disabled children on behavior management techniques used in dentistry . Department of Dentistry, Columbus childrens Hospital, OH USA Spec-Cara-Dentistry 1995
- <sup>37</sup> RAYMOND L. BRAHAM, MERLE E. MORRIS Odontología pediátrica Ed. Panamericana 1984 Argentina.
- <sup>38</sup> KLEIN, DDS. Legal implications for child behavior management. Conference workshop, behavior management for the pediatric dental patient. Iowa city Sep 30-Oct. 2 1988. U.S.A.
- <sup>39</sup> DAVID T., OZAR P. Ethics of management techniques and therapeutic approaches. Conference and workshop behavior management for the pediatric dental patient. Iowa city Sep 30- Oct 2 1988 U.S.A.
- PINKHAM Jr. Etal, Odontología pediátrica ed Interamericana, 1991 México D.F.
  - RAYMOND L. BRAHAM, EDS, LDRSRS, TAMUYUKI TSUCHIYA, DDS, KASUKO KUROSU Behavior Physical restraint, child abuse informed consent: Sociolegal concerns for the nineties. journal of dentistry for children. May -jun 1994 169-271.
  - KOCH Göran. Odontopediatría. Enfoque clínico Ed. Panamericana. Argentina, 1994
  - FORTIER J.P., etal , Manual de odontopediatría, Ed Masson S.A. 1988 Barcelona
  - BOCCAFUSCO. Etal, Conozcamos nuestros dientes jugando. Ed Mundi 1964 Buenos Aires
  - STEPHEN Y.Y, Pediatric dentistry, total Patient Care Ed Lea and febiger 1988, U.S.A.
  - FINN S.B. Odontología pediátrica. Ed Interamericana. 1983 México.
  - NATHEN J.E. Managing behavior of preoperative children. Division of pediatric dentistry, North Western university dental School. Den-Clin-Noth-Am 1995 Oct: 39(4):789-816
  - KUHNS B.R. ALLEN K.D. Expanding Child behavior Management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. University of nebraska medical Cente. Pediatr-Dent. 1994 jan-Feb: 16(1):13-17
  - HAVELKA C, McTIGUE D, ILLSON, ODOM J. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. Department of pediatric dentistry, Ohio State University, Pediatr-Dent 1992 Nov-Dec 14(6):376-8.
  - HOLST A, HALLONSTENA.L, SHCRODER U. prediction of behavior management problems in 3 years old children. Department of Pedodontics blekinge country counsil karlskrona Sweden. Scan-J-Dent-Res. 1993 Apr: 101(2):110-4