

308

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA
ANTE EL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA :

BEATRIZ ADRIANA MACHADO ALONSO

DIRECTOR: MTRO. HÉCTOR ORTEGA HERRERA

V.B. 14/92



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**A DIOS
GRACIAS POR TODAS LAS
BENDICIONES RECIBIDAS Y POR
AYUDARME A LOGRAR ESTA
META.**

**A MIS PADRES
MIL GRACIAS POR TODO LO QUE HAN HECHO
POR MI, POR SUS ESFUERZOS, SU
DEDICACIÓN, SU APOYO, SUS ENSEÑANZAS Y
SOBRE TODO, SU AYUDA YA QUE FUERON
LAS BASES PARA LOGRAR UNA META MÁS EN
MI VIDA: TERMINAR MI CARRERA.
"DIOS LOS BENDIGA".**

**A TI RICARDO
GRACIAS POR HABER ESTADO
SIEMPRE CONMIGO, EN LAS
BUENAS Y EN LAS MALAS, POR TU
AYUDA, TU COMPRENSIÓN Y TUS
CONSEJOS A LO LARGO DE TODA
LA CARRERA. GRACIAS SOBRE
TODO POR SER MI COMPAÑERO Y
POR COMPARTIR TU VIDA
CONMIGO,
TE AMO.**

**AL DR. HÉCTOR ORTEGA
HERRERA,
UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO
POR SU GRAN AYUDA PARA
LA REALIZACIÓN DE ÉSTE
TRABAJO**

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	
1. GENERALIDADES	1
2. RELACIÓN DENTISTA – NIÑO	6
2.1 COMUNICACIÓN	8
2.1.1 Tipos de llanto	9
2.2 PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA RELACIÓN DENTISTA – NIÑO	11
2.2.1 Conocimientos de la experiencia del niño	11
2.2.2 Refuerzos tangibles	12
2.2.3 El uso de la imaginación y la fantasía	12
2.2.4 El respeto a la dignidad del niño	13
2.2.5 El uso del elogio	13
2.2.6 Presentación de opciones	14
2.2.7 Sinceridad y aprecio	14
2.2.8 Los límites de la consulta	14
2.3 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA	16
2.3.1 Decir, mostrar y hacer	16
2.3.2 Control mediante la voz	17
2.3.3 Mano sobre boca	17
2.3.4 Restricción física	18
3. INFLUENCIAS DEL ODONTÓLOGO SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO	20
3.1 OBTENCIÓN DE DATOS Y OBSERVACIÓN	20

3.2 ESTRUCTURACIÓN	22
3.3 EXTERNALIZACIÓN	23
3.4 EMPATÍA Y APOYO	24
3.5 AUTORIDAD FLEXIBLE	25
3.6 EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO	25
4. LA ACTITUD DEL EQUIPO ODONTOLÓGICO	26
4.1 ORGANIZACIÓN	26
4.2 SINCERIDAD	26
4.3 TOLERANCIA	27
4.4 FLEXIBILIDAD	27
5. FACTORES AMBIENTALES	28
5.1 EL CONSULTORIO	28
5.2 UBICACIÓN Y DISEÑO DEL EQUIPO	30
5.3 EL ODONTÓLOGO	31
5.4 EL PERSONAL ODONTOLÓGICO	32
5.5 PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES	33
5.6 ORGANIZACIÓN DEL CONSULTORIO	35
6. RELACIONES DENTISTA – NIÑO – PADRES	36
6.1 EL PRIMER CONTACTO	36
6.2 DURANTE EL PROCEDIMIENTO	38
6.2.1 La presencia de los padres durante la atención	38
6.2.2 Los medios de las relaciones dentista – niño	39
6.3 CONSIDERACIONES PATERNAS	40
6.4 LOS PADRES DE LOS PACIENTES	41
6.4.1 Padres que protegen en exceso al niño	42
6.4.2 Padres manipuladores	43
6.4.3 Padres hostiles	43

6.4.4 Padres negligentes	44
6.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTROL CONDUCTUAL DEL NIÑO	45
7. ESTRÉS EN EL ODONTOPEDIÁTRA	47

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

La odontopediatría, con sus numerosos y extraordinarios retos puede en ocasiones ser el servicio bucal más olvidado de los realizados por un dentista general. Muchas de las complicaciones orales tan comunes en la población adulta actual son el resultado de nunca haber concebido o logrado las metas últimas en el cuidado dental de la niñez.

Cuando el dentista asume la responsabilidad de cuidar al paciente infantil, está en posición de guiar y mejorar la salud bucal del paciente para toda la vida; para ello se necesita dedicar un tiempo y esfuerzo Extraordinarios a estos pacientes jóvenes, si se trata de alcanzar las metas deseadas.

El compromiso dentista, es el de ser responsable de sus propias necesidades y de las de sus pacientes, teniendo que haber un equilibrio para lograr niveles más altos de éxito. De ahí que la actitud que tenga el dentista hacia el paciente pediátrico sea determinante para su vida futura.

La práctica odontopediátrica está basada en una relación entre el dentista, el paciente y los padres del paciente. Por lo tanto, si la actitud del dentista crea un ambiente de tranquilidad, confianza y Profesionalismo generará una cooperación en el niño y satisfacción en los padres.

El profesionalismo se caracterizará por:

- Autoconocimiento, confianza y apreciación de sus propias habilidades y limitaciones;
- Capacidad para trabajar con eficiencia, para lograr un óptimo control del dolor y así equilibrar las necesidades del tratamiento con las exigencias del niño
- Comprensión y respeto a los niños
- Asesorar a los padres con respecto a comprensión, franqueza y empatía

La actitud para con los niños dependerá de muchos factores, entre ellos la buena comunicación que exista con el paciente así como con sus padres, la confianza que se les pueda infundir para lograr una buena relación dentista- niño, así, como el goce y la satisfacción de realizar un buen trabajo.

En este trabajo, abordaremos un poco sobre las actitudes y conductas que deberá tener el dentista con los pacientes y los padres de los pacientes con el fin de crear un ambiente óptimo y lograr un buen desarrollo de la práctica odontológica.

1. GENERALIDADES

La actitud es una "disposición, inclinación, o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo".

Esta actitud depende tanto de la interpretación del sujeto de una situación dada, como de su reacción emocional hacia ella.¹⁹

La conducta del odontopediatra comprende una disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociológicos y del aprendizaje de los niños en relación con el tratamiento dental.¹

La actitud del odontólogo respecto al paciente niño, habrá de reflejarse en sus modales, su manera de expresarse, su sinceridad, así como en su aspecto personal. No puede lograr buenos resultados salvo que su verdadero interés/deseo sea ver niños en su consultorio y esté preparado para brindarles toda clase de consideraciones.⁶⁵

La actitud que tenga el cirujano dentista hacia el paciente es determinante de las reacciones y actitudes del niño en la situación odontológica, de allí la gran responsabilidad que tiene en sus manos el profesional.²²

El odontopediatra debe comportarse de una manera tolerante, paciente y cariñosa, mostrar una empatía por su paciente y ser capaz de ganarse e infundirles confianza con el fin de que el niño se familiarice con el entorno. Esto se puede lograr llevando un seguimiento formal, ganar la

confianza de un niño no es tan fácil, esta se puede alterar cuando el niño es tratado por diversos odontopediatras en periodos muy cortos, puesto que el trato que tenga con cada uno de ellos será muy diferente.

La consistencia del tratamiento se logra ganando la confianza tanto del niño como de los padres, una voz y personalidad agradables, combinados con un evidente interés en los niños.

La falta de interés, la indecisión o la rabia, son expresiones difíciles de eliminar del rostro y todo operador que posea éstas deficiencias no debería trabajar con el paciente odontopediátrico.⁶

El odontólogo no deberá perder su dominio y enfadarse, ya que al hacerlo es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y que ha disminuido la dignidad de su oponente, en ese caso el paciente pone en situación de gran desventaja al dentista, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas, y en consecuencia si el dentista pierde su control y eleva la voz sólo asustará más al niño y se le dificultará más aún su cooperación.¹⁰

El éxito de la atención odontológica en niños no depende sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del paciente. Cuando los niños son cooperadores, el odontólogo deberá apoyar su conducta; sin embargo, cuando el niño no coopera, dicha conducta debe ser controlada y modificada. De hecho, en cada visita, el odontólogo deberá estar preparado para modificar su acercamiento al niño, a medida que la conducta de éste cambia y/o a medida que la percepción propia se modifica.¹⁹

Uno de los principales requisitos para el éxito del tratamiento es que el paciente esté confiado y relajado. Sin embargo, muchas personas se sienten inquietas o incluso asustadas al visitar al odontólogo. En consecuencia, el odontólogo que atiende niños puede poner los cimientos de la actitud futura del niño ante los tratamientos dentales, ya sea con confianza o con temor y ansiedad.

La niñez implica aprendizaje. El entrenamiento en cuanto a tolerancia y a enfrentar el estrés es parte del crecimiento. En cierto modo, el odontólogo puede ser considerado como un maestro del paciente niño para que forme nuevos hábitos.¹⁶

La actitud y las expectativas del odontólogo pueden influir sobre los resultados de su visita odontológica. El niño responde con el tipo de comportamiento esperado, deben externarse afirmaciones positivas que son más eficaces que las observaciones y los comentarios carentes de sentido. Para tener éxito con el trato con los niños es importante anticiparse a los acontecimientos.¹⁷

La comunicación con el niño será un factor relevante en el manejo de la conducta, así, el tono y el énfasis empleados al hablar con el niño, pueden producir reacciones favorables o desfavorables en su conducta, de acuerdo a esto el odontólogo debe poseer una buena capacidad de expresión en cuanto a palabras, tono de voz, gestos y expresiones faciales.

En situaciones donde el niño tiene una autonomía muy limitada y una unión muy estrecha con su madre, es muy comprensible entonces que exprese resistencia y llanto ante el intento del dentista a examinarle y que no responda a solicitudes verbales, tranquilizándolas o no. En una situación así, el dentista debería examinar al niño en brazos de su madre y no esperar que sus explicaciones sean entendidas por el menor.

Esto nos muestra la importancia que deberá tener para el odontólogo establecer una buena relación con los padres de los pacientes para un mejor éxito del tratamiento.⁶

Para el odontólogo, es mejor que la persona que acompañe al niño (sea padre, madre o alguna persona responsable), esté enterada y comprenda el estado de salud dental del niño, para asumir las responsabilidades relativas al tratamiento, y así, evitar muchos problemas que se pueden presentar, tanto legales como de falta de comunicación.

Los estudiantes que inician la especialidad de odontopediatría regularmente se encuentran ante la situación de sentirse desalentados por la ansiedad e inseguridad que experimentan cuando algunos niños comienzan a tener conductas no deseadas, cuando en realidad, podrían ser defensas a lo que ellos consideran un ataque.²²

Esas conductas no deseadas mencionadas anteriormente, regularmente podrían ser producidas por el temor que los niños experimentan en los tratamientos dentales. Esta situación puede ser muy estresante para ambos dentista y paciente y esto puede llevar a visitas irregulares al dentista por parte del paciente, e incluso no visitarlo, que por supuesto esto tendrá un impacto negativo en la salud bucal del niño.

Varios estudios han indicado que entre otras cosas la conducta del dentista durante el tratamiento juega un papel muy importante en el desarrollo del temor dental en el niño. Retrospectivamente, estudios han demostrado que pacientes adultos atribuyen sus temores a experiencias dentales dolorosas y a menudo asociaban su dolor dental con una imagen fría y desagradable del dentista.

Otros estudios han demostrado que para lograr intervenciones más efectivas hay que tener una muy buena comunicación con el paciente temeroso; de hecho, el dentista se comunica más con los pacientes temerosos, que con los pacientes no temerosos. También indican que después de dar instrucciones al paciente, proporcionar algunas reacciones como, dar unas palmaditas, acariciarlo y preguntarle sobre sus reacciones emocionales con el fin de crear una atmósfera amigable entre dentista y paciente.³



2. RELACIÓN DENTISTA – NIÑO

Adaptar a un niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva.

La calidad de la atención odontológica que se brinda al niño es la clave para la adaptación. Deberá hacerse todo esfuerzo por mantener al niño relajado y para evitarle la más mínima molestia.

A pesar de que la edad ideal para la primera supervisión odontológica es durante el primer año de edad por razones preventivas, no es sino hasta el tercer año de vida cuando la mayoría de los niños poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y rigores de una cita odontológica. Es cuando el niño puede entender la función del odontólogo lo cual le permite controlar los temores engendrados por una persona y un ambiente nuevos, desconocidos y posiblemente amenazadores.

La visita odontológica debe ser estructurada de manera de que el niño sepa que esperar y cómo reaccionar frente al procedimiento. La mayoría de los niños colaboran con el odontólogo durante esta primera visita, siempre y cuando se cumpla con ciertas pautas que permiten el logro y el mantenimiento de la colaboración del niño. Es por ello que el odontólogo debe estar preparado para lograr que el niño le enfrente de una manera conveniente.

La primera visita odontológica debe ser tan agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.¹⁸⁻²²

2.1 COMUNICACIÓN

Para que un tratamiento tenga éxito en los niños pequeños lo primero que hay que hacer es establecer una buena comunicación con ellos. Si un niño participa en la conversación, se relajará y podemos obtener información sobre él. Hay muchas maneras para iniciar una comunicación verbal con el niño, y la efectividad de estos abordajes difiere según la edad del niño.

Los problemas de comunicación, constituyen algunas de las mayores barreras para brindar un adecuado cuidado dental al niño, porque se crea una dificultad para establecer un apropiado grado de compenetración y entendimiento entre el niño y el dentista.⁴

Los miembros del equipo odontológico deben ser cuidadosos cuando se comuniquen con el paciente pediátrico. Es importante que la comunicación proceda de una sola persona. Cuando se dirigen al niño el odontólogo y el ayudante, a veces el resultado final es una respuesta no deseada porque el niño se siente confuso.¹⁷

Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del dentista es necesario vencer las barreras psicológicas que existen entre él y su paciente.

La importancia de una buena preparación psicológica en la primera visita ha sido enfatizada por varios autores; el niño es llevado a una situación desconocida y la manera en el que el dentista y el personal que colabora con él introduzcan al niño al lugar de trabajo será muy importante, ya que, el niño va con temor y considera al dentista como una seria amenaza.⁴

El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba. De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación.

La primera forma de comunicación de malestar de cualquier orden es el llanto. No es raro ser testigos de un niño que llora mientras se encuentra en el sillón dental. Por eso mismo los dentistas deberán poder distinguir entre los diferentes tipos de llanto con el fin de lograr un mejor control del niño y responder apropiadamente a cada uno de ellos.

Las actitudes del dentista tienen que ser diferentes ante los diversos tipos de llanto, ya que son igualmente diversas las causas que lo provocan.

2.1.1 Tipos de llanto

Podemos encontrar cuatro tipos de llanto:

1. **Llanto obstinado.** Este se presenta cuando el niño "tiene un berrinche" para impedir el tratamiento dental. Este llanto es fuerte, de tono agudo, y ha sido caracterizado como una sirena. Este tipo de llanto representa una respuesta externa del niño a su ansiedad al estar en la consulta odontológica.

El llanto obstinado requiere una actitud firme, desde el control por medio de la voz, en una instrucción clara y perentoria, hasta la restricción física.

2. **Llanto atemorizado.** Este esta comúnmente acompañado por un torrente de lagrimas y sollozos convulsivos, como buscando aire. El niño que presenta o emite este tipo de llanto ha sido abrumado por la situación y a

diferencia del niño con llanto obstinado, demanda comprensión y apoyo, para disminuir el temor, se requiere explicaciones y técnicas del tipo: decir – mostrar – hacer.

Es responsabilidad del odontólogo inspirar confianza en el niño atemorizado con una serie de experiencias odontológicas cuidadosamente estructuradas que permitan al niño enfrentar la situación.

- 3. Llanto herido.** Este va acompañado por un pequeño lloriqueo. La primera indicación de que el niño está incomodo puede ser una sola lágrima que cae del ángulo de su ojo y corre por su mejilla. Es fácilmente identificado debido a que el niño dirá voluntariamente o cuando se le interroge que se le está haciendo doler.

El llanto herido representa un error del operador, está provocando dolor a su paciente y esta situación debe ser controlada de inmediato, deteniendo el procedimiento odontológico así como pedir disculpas al niño.

- 4. Llanto compensatorio.** Se describe no solo como un llanto si no como un “zumbido monótono” que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa. Si bien puede resultar fastidioso para el dentista, para el niño resulta una manera de expresar que hay un estímulo auditivo desagradable.

El dentista debe reconocerlo como un ardid, desarrollado por el niño para asumir la ansiedad que está experimentando.

Este tipo de llanto puede ser disminuido si es molesto, mediante una solicitud comprensiva, ya que es posiblemente menos molesto para el dentista que las acciones de éste para el paciente.⁹⁻¹⁹

2.2 PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA RELACIÓN DENTISTA – NIÑO

Existen un cierto número de principios que deberían ser como un segundo lenguaje para el odontopediatra, los cuales pueden ser aplicados en niños cooperadores con el dentista, y con un adecuado nivel de adaptación.

2.2.1 Conocimiento de la experiencia del niño

Generalmente, se está más preocupado de comunicar al niño lo que necesita hacerse para considerar la sesión exitosa que apreciar los sentimientos de éste, quien está frecuentemente temeroso, o muy aprensivo. En su mente está, sobre todo, la incertidumbre acerca de lo que le será requerido y el grado de daño o molestia que significa. En un esfuerzo por vencer la ansiedad, o el miedo, en los más pequeños debe pedirse que verbalice sus temores. Si el niño está contento es fácil decirle que se ve de ese modo, así como expresarle que se está contento de verle. Si su actitud es negativa o escéptica, se le puede expresar que esto es visible, que sería mejor que no tuviera que estar en tratamiento, que pudiera quedarse en su casa. Es posible esperar una atención del niño a esa altura, ya que es notorio que el dentista parece entender cómo se siente. Claro que no hay que ofrecer la opción de retirarse sobre todo cuando la sesión tenga cierta prioridad. Hay que buscar convencer al niño con la acción y la actitud.⁹

2.2.2 Refuerzos tangibles

Hacer regalos a los niños se ha convertido en una actitud comercial normal. Existe un acuerdo general sobre las ventajas de esta práctica en la consulta odontológica, puesto que el regalo actúa a modo de recompensa para el niño. También se emplea el regalo como un refuerzo de la actitud del niño ante la asistencia odontológica.

Los regalos deben ofrecerse al niño para ganarse su afecto, no como un soborno. La costumbre de hacer regalos puede proporcionar resultados muy buenos. Así, muchos niños que parecen estar tensos después de someterse al tratamiento, de pronto se animan y echan a correr en busca del regalo. Estas recompensas les proporcionan un recuerdo agradable para próximas visitas.¹⁷

2.2.3 El uso de la imaginación y la fantasía

Para el niño que con su conducta ha hecho obvio que no quiere ser atendido, se le puede decir que al dentista le agradecería no tener que hacer nada, que sería mejor que estuviera jugando con sus amigos, o tener el poder de eliminar sus problemas con sólo desearlo. Puede comentarse que sería agradable no tener que hacer las cosas que no nos gustan.

Todas estas observaciones son cosas que el niño sabe bien y puede concluir que estaría en el ánimo del dentista no hacer nada si esto fuera posible. Al desear por él lo que quiere, se comunica la comprensión del dentista, a pesar de no poder acceder a evitar la experiencia. En resumen, se le da al niño en fantasía lo que no puede dársele en realidad.

REFUERZOS TANGIBLES



2.2.4 El respeto a la dignidad del niño

Cuando el dentista está frente a pacientes infantiles debe ser cortés. Todas las solicitudes deben ser hechas "por favor", y si el niño responde, seguidas de "gracias". Se puede extender la mano para ayudar al niño a bajar del sillón y permitirle expresar opiniones y sentimientos dentro de posibilidades razonables.

Es frecuentemente ver conducirse bien a un niño sólo por que ha sido tratado con deferencia; éste suele apreciar el respeto y se esfuerza por no arriesgar la pérdida de esa relación.

2.2.5 El uso del elogio

Nuestra cultura está condicionada contra el elogio directo y hay una presión fuerte para hacer modesto en la expresión de realizaciones o autoimagen. Por esto el elogio directo puede resultar incómodo para el niño. Una manera de evitar esta situación es describir la conducta del niño de tal modo que él saque sus propias conclusiones: "hoy me has ayudado mucho", "te agradezco, porque si tú no me ayudas, no puedo trabajar rápido.

El principio más importante es que el elogio se relacione con los esfuerzos y logros del niño y no con su carácter y personalidad. Los comentarios deben ser hechos de manera que éste pueda deducir de ellos características positivas de su comportamiento y capacidad de adaptación.

2.2.6 Presentación de opciones

En general, a todos los niños debería permitírseles algún grado de control sobre las modalidades del tratamiento.

Cuando el niño llega a la consulta es confrontado con muchas opciones; si puede elegir entre algunas, se afirmará su confianza en su capacidad para resolverlas y se hará partícipe de un tratamiento que, para tener éxito, necesita ciertamente de la relación del profesional y paciente.

2.2.7 Sinceridad y aprecio

Los niños necesitan ser queridos y saberlo; el sentimiento del adulto ha de ser auténtico, ya que aquéllos perciben con mucha rapidez la insinceridad. Si el dentista no siente agrado por los menores tendría que fingir y eso representa un obstáculo mayor en sus relaciones con estos pacientes.

Se puede decir, sintiéndolo, "tú me gustas, fue fácil trabajar contigo, muchas gracias", y obtener una recompensa con un esfuerzo menor.

2.2.8 Los límites de la consulta

En el proceso de comunicación que fluye en la consulta, el dentista debe establecer desde el principio, paulatinamente y con claridad, cuáles son las reglas del juego, las normas y modalidades durante las sesiones. El niño necesita para desenvolverse progresivamente mejor un sistema de referencia consistente, un esquema conocido y con pocas variaciones y una vez establecidas esas rutinas el dentista no debe separarse de ellas, a no ser

que circunstancias muy especiales lo hagan aconsejable y aun así es necesario explicar las razones del cambio.

Para el dentista es más fácil mantener por tiempo breve una actitud consistente, ayudando así al paciente a equilibrarse en el medio odontológico, sin el desconcierto que produce la ambigüedad en el criterio de corrección o incorrección.

Para algunos adultos resulta difícil imponer disciplina. Sin embargo, el dirigir la conducta facilita el ajuste a los requerimientos de la sociedad; el niño puede a veces protestar, pero en el fondo está satisfecho de saber que alguien tiene el buen juicio para protegerlo de su inexperiencia. En este sentido, el dentista tiene un papel importante que cumplir y participar con responsabilidad en la formación personal de sus pacientes.⁹

2.3 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Una de las principales tareas para el odontopediatra o aquel que atiende niños será la modificación de la conducta del niño. Por lo tanto deberá utilizar formas que le permitan al paciente recibir el tratamiento odontológico acondicionándolo psicológicamente, tomando en cuenta que la mayoría de las técnicas involucran la reducción de la actividad física del niño o la alteración de su conciencia.

El control de la conducta sirve en gran parte para controlar la ansiedad del niño en la consulta. Los dentistas enseñan al niño a comportarse, refuerzan o debilitan las conductas ya existentes, copiando estrategias que se crean son las más convenientes.²⁰

2.3.1 Decir, mostrar y hacer

Este método constituye el fundamento de la fase educacional para inducir en el paciente pediátrico dental un comportamiento relajado y tolerante. La técnica es sencilla y por lo general muy útil. Antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestésico local y otros procedimientos que no admiten explicación, como la extirpación pulpar) ha de explicarse al niño lo que se le hará y después simular para él lo que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento.

Es importante escoger bien las palabras en la técnica de decir, mostrar y hacer. El éxito estriba en que el odontólogo sepa dar a sus aparatos y procedimientos un nombre que el niño pueda entender. Por lo menos a cuatro de cada cinco niños mayores de tres años de edad, con una historia social y estado emocional normal, se les puede guiar

TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER



satisfactoriamente durante la ejecución de una técnica nueva, mediante el empleo de este sistema.

2.3.2 Control mediante la voz

Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo". La expresión del odontólogo también debe reflejar esta actitud de seguridad; de hecho, puede ejercer este control con la sola expresión facial (sin usar realmente la voz).

El control con la voz es una técnica básica en el trato con los preescolares. Es muy eficaz para interrumpir conductas inapropiadas tan pronto se inician y es de relativa eficacia una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión.

2.3.3 Mano sobre boca

El propósito de esta técnica es conseguir la atención del niño y detener su actitud interruptora durante el tratamiento, de modo que pueda entablarse la comunicación entre el dentista y el niño.

Esta técnica no es buena para niños muy pequeños, niños atemorizados o para niños con impedimentos físicos, mental o emocional.

Este sistema funciona de manera confiable -en varios tipos de personalidad infantil. No se pretende intimidar al niño, sino distraer su atención y hacerle callar para que pueda escuchar lo que le dice el odontólogo.

Esta indicada en el niño que no puede comprender las instrucciones del odontólogo y cooperar con las expectativas de este, y que presenta "una conducta desafiante, obstinada o histérica de evasión dental".

Esta puede ser usada de la siguiente manera:

El odontólogo coloca suave pero firmemente su mano sobre la boca del paciente, cuando puede lograr que el niño deje de llorar, se le dice que cuando coopere, la mano será retirada. Cuando el niño accede a cooperar, generalmente afirma con la cabeza y la cesación de los intentos de gritar o llorar según sea el caso, la mano es retirada y se continúa trabajando. Si la conducta interruptora continúa, se le coloca nuevamente la mano sobre la boca y se le dice nuevamente que debe cooperar. Esto puede repetirse las veces que sea necesario hasta que se logre que la conducta del niño cambie y se pueda continuar con el tratamiento.

2.3.4 Restricción física

En sentido literal, es la acción y efecto de restringir a nivel físico los movimientos inconvenientes del niño durante el tratamiento dental. Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales. Esta técnica se emplea durante la cita y se limita a los niños inmanejables. Un sustitutivo de la restricción física es el control farmacológico a la anestesia general. Estos métodos pueden resultar costosos y a veces peligrosos. Ya que 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

Un aspecto de la restricción física se refiere al manejo de los maxilares y métodos para mantener abierta la boca. Su uso esta indicado

principalmente en niños muy pequeños (menores de 30 meses) que requieren tratamiento urgente de traumatismos y otros con diversos tipos de discapacidad.

Las técnicas de restricción física y anestesia general, son consideradas controversiales y censurables por algunos dentistas y padres. Si bien antes de aplicar éstas técnicas, como ya se ha mencionado se tiene que obtener el consentimiento de los padres quienes deben comprender el procedimiento y sus propósitos.¹²⁻¹⁹⁻²⁰

En estudios realizados en algunas poblaciones sobre la aceptación de los padres de las técnicas usadas en odontología pediátrica, los resultados mostraron que las técnicas farmacológicas, mano sobre boca y restricción fueron las más consideradas por los padres, para ser usadas en el tratamiento de sus hijos; ya que, los dentistas cuando mostraban las técnicas lo hacían en orden de jerarquía, de la menos traumática para lograr la aceptación de los padres, e incluía el dentista en el plan de tratamiento.²¹

3. INFLUENCIAS DEL ODONTÓLOGO SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Son muchos los factores que pueden influir sobre la conducta de los niños en la práctica odontológica.

Si bien la experiencia odontológica provoca ansiedad en algunos niños, la capacidad básica del mismo para enfrentarla determinará si puede ser considerado un "buen" paciente odontológico. Las actitudes del odontólogo apoyan a un niño en el intento de establecer la conducta apropiada. Jenks ha afirmado: "Los métodos con los que un odontólogo aborda y trata a un niño son de importancia crítica para las reacciones y actitudes del infante en la situación de tratamiento odontológico".⁸

Jenks describe seis categorías de actividades por las que los odontólogos pueden fomentar o estimular la conducta cooperadora en los niños. Estas actividades son: la obtención de datos y observación, estructuración, externalización, empatía y apoyo, autoridad flexible, y educación y entrenamiento.

3.1 OBTENCIÓN DE DATOS Y OBSERVACIÓN

La obtención de datos implica recopilar el tipo de información sobre un niño y sus padres en una entrevista formal o informal en el consultorio, o mediante un cuestionario escrito. La observación nos permite ver las características de las conductas de los niños para así saber como se tendrá que abordar al niño.

La observación comenzará desde el momento en el que el niño está en la sala de espera, ahí se examinará la conducta del niño individualmente y la interacción con sus padres; una vez que es separado de sus padres y su conducta cuando se presenta el primer contacto con el dentista; así, como, una vez que se encuentra dentro del consultorio y durante el tratamiento.

Son varios los aspectos que nos pueden indicar cuál es la conducta de los niños mediante la observación:

1. ¿Cómo enfrenta el niño la situación odontológica? ¿Es cooperador, interesado, aburrido, apático o temeroso?
2. ¿Muestra el niño espontaneidad e iniciativa con el odontólogo y su personal, o es sumiso?
3. ¿Cómo se desarrollan con el tiempo las relaciones interpersonales entre el odontólogo y el niño? ¿Responde al intento de amistad del profesional, o permanece impersonal, distante o resistente?
4. ¿Qué emociones muestra el niño? ¿Es vivaz, es serio, triste o emocionalmente inerte?
5. ¿Muestra el niño independencia en el sillón dental de acuerdo a su edad, o es abiertamente dependiente del apoyo emocional de su padre, del odontólogo o del personal?
6. ¿Muestra el niño signos de molestia o de inquietud a través de palabras o de movimientos corporales?

Las respuestas a estas preguntas deberán permitir al odontólogo modificar su relación con el niño, de acuerdo con la percepción de la personalidad individual de éste. Informado por sus observaciones, el profesional puede esforzarse en estimular al niño apático, apaciguar al niño ansioso y aliviar la inquietud del niño con dolor.

La observación deberá ser una actividad continua.

3.2 ESTRUCTURACIÓN

La estructura se refiere a las líneas de conducta que el dentista y su personal comunicará al niño.

Podremos mencionar varias formas mediante las cuales el dentista puede estructurar la visita odontológica:

1. Explicar al niño, con palabras que él pueda entender, el propósito del tratamiento
2. Preparar al niño describiendo lo que se le realizará en cada visita. Utilizando un método apropiado para cada niño dependiendo de la edad ya que niños muy pequeños no pueden conceptualizar el tiempo en función de minutos o segundos.
3. Dividir cada procedimiento en etapas. La iniciación de cada etapa debe ser identificada, el procedimiento tiene que ser descrito y se le tiene que decir al niño cuando se ha concluido cada etapa. Esto puede ser aplicado cuando por ejemplo, se coloca el dique, se prepara la cavidad, se elimina la caries, se coloca la matriz, la condensación, y así sucesivamente.

3.3 EXTERNALIZACIÓN

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

Jenks recalca que pueden existir dos componentes de externalización: la distracción y el compromiso, y que el énfasis principal deberá estar en el segundo.

Existen dos métodos de esternalización de la tensión del paciente: el primero, involucra al niño en una actividad verbal; y el segundo, en una actividad odontológica. El primer método es apropiado durante el procedimiento de la inyección, y se aplica de la siguiente manera. Antes de aplicar la inyección, el odontólogo puede decir al niño que cuente lentamente hasta diez, y cuando termine de contar el procedimiento habrá terminado.

Este simple procedimiento cumple varias finalidades. Primero, distrae al niño de la inyección misma, pues no se concentrara en ella si no en contar. También involucra al niño debido a que tiene que contar junto con el odontólogo.

Otro enfoque es el de averiguar de antemano los intereses del niño. Entonces, a medida que se hace la inyección, el odontólogo conversa muy expresivamente con el sobre sus principales intereses y le hace preguntas que requieran respuestas de "sí o no". A medida que progresa la visita el profesional puede involucrar al niño en la conversación sobre sus hobbies, animales, o sus programas preferidos de televisión. La conversación puede ser de una sola parte, puesto que el niño con los instrumentos dentales en su boca no podrá responder verbalmente. Sin embargo, puede inclinar su cabeza y mostrar otros signos de participación en ella. La externalización se

cumpliría también involucrando a los pacientes con la actividad odontológica. Esto puede hacerse no sólo describiendo el procedimiento odontológico, sino dando al niño un espejo de mano con el que pueda observar la mayor parte de los procedimientos. Siempre y cuando el espejo no interfiera entre la boca del niño, así como con la lámpara de luz y área de acción.

3.4 EMPATÍA Y APOYO

La empatía es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros sin perder la propia objetividad. Los odontólogos que tratan niños no deberán estar totalmente inmersos en los aspectos técnicos del tratamiento. Ellos deben tener la sensibilidad y la capacidad de responder a los sentimientos de los niños. La muestra de empatía del odontólogo apoyará los esfuerzos del niño por comportarse adecuadamente en la situación odontológica. Varias maneras por las que el profesional puede brindar este tipo de apoyo involucran:

1. Permitir a los niños expresar sus sentimientos de temor o de enojo, y sus deseos, sin rechazos. Sin embargo, no se aceptarán ciertas manifestaciones como patear o luchar.
2. Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas. Esto puede hacerse verbalizando lo que ellos experimentan. Por ejemplo, durante el procedimiento del tallado, el odontólogo puede decir, "¿Esto hace ruido, no es cierto? Suena como una sirena y a veces aturde a tus oídos. También los míos. Terminaré lo antes posible".
3. Confortando a los niños cuando sea apropiado. Puede hacerse mediante una cuidadosa elección de las palabras, el tono de la voz, o tocando al chico y dándole una palmadita o abrazo reasegurado.
4. Estimular a los niños cuando muestran una conducta aceptable.

5. Escuchar los comentarios de los niños cuando desean hablar.
6. Brindar una situación estructurada en la que los niños puedan sentirse seguros.

3.5 AUTORIDAD FLEXIBLE

Si bien el odontólogo debe controlar la interacción con el paciente, su autoridad será atemperada en un grado de flexibilidad con el objeto de cumplir con las necesidades del paciente o la situación particular. No pueden darse reglas generales, puesto que la personalidad de cada odontólogo, en parte determinará el enfoque. La gran mayoría de los niños no requieren medidas de control extraordinarias. Cuando una visita dental se deteriora porque el niño se está "comportando mal", o de manera no esperada, o exhibiendo alguna otra conducta interruptiva, el odontólogo debe considerar si la conducta es por la falta de madurez del niño o si él mismo ha contribuido a la situación por su manera de acercarse a aquél. Si la causa es esta última, el odontólogo asumirá una actitud lo suficientemente flexible como para permitirle modificar sus tácticas en la misma visita o en las futuras.

3.6 EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO

Cualquier odontólogo que trate niños deberá implementar un programa que eduque tanto a ellos como a sus padres, con respecto a lo que constituye la buena salud dental, y los estimule para hacer los cambios de conducta necesarios para lograr esos objetivos.¹⁹

4. LA ACTITUD DEL EQUIPO ODONTOLÓGICO

4.1 ORGANIZACIÓN

Son muy importantes los signos que manifiestan la personalidad aún sin pronunciar una palabra (por ejemplo el interés y la sensación de afecto). Con una sonrisa amable se le está diciendo al niño que va a cuidarle un adulto. Los niños responden mejor ante las actitudes naturales y amistosas, que pueden mostrarse de inmediato mediante un saludo cordial.

En la consulta odontológica, los planes de actuación son diversos. Cada consulta debe tener sus propios planes ante las contingencias. Estos planes son esenciales en muchas consultas, pues su aplicación incrementa la eficiencia y contribuye a crear unas mejores relaciones entre el niño y el personal.

En pacientes odontopediátricos, los retrasos y las indecisiones producen un aumento del miedo.

4.2 SINCERIDAD

Para los niños, el equipo odontológico les dirá la verdad o no. Como la sinceridad es extremadamente importante para generar confianza, es una regla fundamental para tratar con niños.

4.3 TOLERANCIA

El nivel de tolerancia varía de una persona a otra. Se refiere a la capacidad del odontólogo y su equipo para enfrentar racionalmente la inadecuada conducta del niño manteniendo la compostura.

4.4 FLEXIBILIDAD

El odontólogo debe ser flexible ante las situaciones específicas de cada niño.

No podemos examinar la reacción del paciente al odontólogo sin examinar al mismo tiempo la reacción del odontólogo al paciente. Todo tratamiento odontológico implica una relación entre paciente y profesional y esta relación actúa en ambas direcciones.

Los odontólogos con frecuencia hacen más difícil su tarea involucrándose demasiado con los pacientes. Si un odontólogo está tratando a un niño de buen comportamiento, que resulta agradable, entonces automáticamente gustará de él y querrá hacer todo lo que pueda por él.

El niño rápidamente percibe esto y reacciona favorablemente; los sentimientos provocados son buenos, productivos. Si el odontólogo se enfrenta con un niño grosero, de mala conducta, incontrolado, instintivamente siente disgusto por él, provocando mayor falta de cooperación del paciente, y los sentimientos provocados frenan de inmediato el progreso de la relación.¹⁴⁻¹⁷

5. FACTORES AMBIENTALES

5.1 EL CONSULTORIO

Uno de los métodos más fáciles de reducir los niveles de ansiedad es crear un medio que atraigan a los niños.

Es indispensable y preferible planificar un consultorio odontológico que aliente un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño. El tamaño del área diseñada específicamente para los niños debe reflejar la proporción de los niños en el volumen general de las tareas.

La sala de espera debe ser luminosa, alegre y cálida, en ella el niño debe sentirse relajado y contento. Al niño le agrada encontrar, cuentos, crayones, y libros para pintar, juguetes, etc. Una mesa con sillas pequeñas resulta una buena ayuda, así como una pecera, una televisión o cualquier otro objeto o juego recreativo.

Es ventajoso establecer un área recreativa o de juego a parte en la cual se puedan reunir los niños. Esto los alentará a dejar a un lado a sus padres y facilitará la separación cuando se lleve al niño a la sala operatoria, y sirva también para distraer al niño de la visita odontológica pendiente y reducir los niveles de ansiedad. También facultará a los padres para disfrutar de un área a parte en la que puedan leer sin ser perturbados.

Hay muchas variedades de muñecos de peluche, títeres de guante y otros juguetes que ayudarán al niño a identificarse en el medio. Estos artículos pueden servir tanto en el área de recepción como en los consultorios y actuar a la vez como distracción e imagen placentera. Además, cuanto menos clínico el aspecto físico del consultorio total, menos probable es que aumenten los niveles de ansiedad.

El color es muy significativo para los jovencitos. Casi invariablemente prefieren los colores cálidos a los fríos. Tienen además gran conciencia de los sonidos. Un sonido negativo de cualquier naturaleza puede despertar su ansiedad. Los sonidos vocales también son vitales. Los tonos de voz del odontólogo y del personal pueden instilar confianza o desalentarla. También puede influir el tipo de música de fondo. Un ambiente musical tranquilizante puede ser de mucha ayuda para cubrir ruidos inevitables del consultorio.

Los niños notan decididamente los olores y les informarán de ellos a los padres. El olor del eugenol o de otros medicamentos que invaden el consultorio pueden resultar particularmente desagradables. El aliento y los olores corporales del odontólogo y de su personal suscitarán inevitablemente una reacción negativa.

La limpieza y la prolijidad son tan importantes para los niños como para los adultos y afectan sus actitudes. Reflejan a las personas que administran el lugar, y por lo tanto, alientan o desalientan la confianza. Además, es útil la sensación de espaciosidad, pues el confinamiento alienta la aprensión.

AMBIENTE DEL CONSULTORIO



El uso de obsequios como se mencionó anteriormente es útil para reforzar los sentimientos positivos hacia el consultorio. El propósito no es recompensar la buena conducta, sino demostrar amistad. Por lo tanto, no se debe negar el obsequio cuando el comportamiento haya estado lejos del ideal.⁵⁻²²

5.2 UBICACIÓN Y DISEÑO DEL EQUIPO

El consultorio debe ser diseñado de modo de reducir al mínimo los estímulos visuales potencialmente negativos. Los instrumentos que particularmente pudieran causar temor no deberán estar donde el niño pueda observarlos. Es preferible ubicar el equipo a los lados o detrás del paciente. Es especialmente útil el empleo de bandejas preparadas, pues el tiempo previo para cada paciente se reduce muchísimo. Esto permite un período mayor de orientación y alienta un ritmo más relajado en cada visita. Cuanto más completa la bandeja preparada, menos el tiempo requerido para el cambio. La ubicación y tamaño del equipo debe permitir al odontólogo, el auxiliar y el paciente que estén cómodos por periodos prolongados. Si no los niveles de ansiedad se incrementarán en proporción con la incomodidad.

5.3 EL ODONTÓLOGO

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal. Es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

La firmeza junto con la bondad y una voz suave y clara serán útiles. El odontólogo debe ser cortés y hablará al niño como de una persona a otra. Las indicaciones verbales serán presentadas en forma de afirmaciones, no de preguntas. El abordaje decidido alentará una mayor sensación de seguridad en el niño. Es imperativa la sinceridad con los niños, pero es prudente evitar la terminología que parcialmente cause temor. Siempre que sea necesario, se podrá sustituir con palabras inofensivas aquellas cuestionables.

La vestimenta del odontólogo y su aspecto general crean una impresión significativa en el niño, más de lo imaginado por muchos adultos. Los pequeños son muy conscientes de los detalles minúsculos de aspecto. Los uniformes no son una necesidad absoluta, pero si se los usa son preferibles los colores alegres. Se requiere una atmósfera placentera y de confianza. Es interesante que la naturaleza del uniforme puede afectar la actitud hacia el odontólogo mismo.

5.4 EL PERSONAL ODONTOLÓGICO

El personal odontológico debe seguir los mismos lineamientos que el odontólogo, por lo que un entrenamiento al respecto es importante para la efectividad del trabajo en equipo. Tanto la recepcionista como la secretaria y cualquier empleado del consultorio, deben dar un trato amable y cálido al paciente y sus padres, ya que la forma de expresarse, influenciarían notablemente la actitud del niño. La comunicación con el niño, verbal y no verbal, es el principal objetivo para asegurar una adaptación ideal.

La manera en que se conduzca el personal se relaciona directamente con el comportamiento del odontólogo y todo lo relativo a su conducta se aplica al personal.

La preparación minuciosa y la organización son la clave. Desde el momento en que el niño entra al consultorio, la atención debe concentrarse exclusivamente en ese único paciente. Esto exige un personal amplio y bien adiestrado.

La eficacia de esta organización involucra al personal de recepción. La planificación de las sesiones debe reflejar los requerimientos de cada niño. La citación inoportuna puede influir definidamente sobre las probabilidades de una visita exitosa.¹

5.5 PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES

Los niños están repletos de energía. Al carecer de la paciencia de un adulto, muchos de ellos se intranquilizan y se fatigan ante las largas esperas en la consulta. Hay que tener esto en cuenta al diseñar la programación de las visitas. Una buena norma consiste en que el niño no espere demasiado tiempo y en guardar la máxima puntualidad posible.

Se ha sugerido que las visitas de los niños se lleven a cabo por la mañana. Esta sugerencia se basa en que están más alerta por la mañana y de que a esa hora el equipo odontológico no se encuentra aún excesivamente fatigado. Muchos odontólogos opinan también que manteniendo junto a los grupos de edad (los niños en edad preescolar por la mañana y los niños de edad mayor por la tarde), el hecho de ver a otros niños tiene un efecto positivo sobre cada niño por separado, que ejerce en los otros un modelo de conducta a seguir.

En ocasiones es la conveniencia del odontólogo, y no la valoración del comportamiento del niño, lo que le lleva a citar por la mañana a los niños en edad preescolar. También es importante la actitud particular del odontólogo ya que algunos tienden a evitar los problemas de comportamiento a primeras horas de la mañana.

Otro aspecto de la programación de las visitas es el de su duración. Se ha mantenido siempre que el carácter especial de los niños impide la atención mantenida de las visitas odontológicas de larga duración. Ya que cuanto más largo el procedimiento mayor era la probabilidad de que el niño presentase una reacción de angustia o miedo.

Hay que considerar seriamente el procedimiento de la separación. El odontólogo debe adoptar una línea de conducta a seguir, notificar al personal de la consulta y asumir la responsabilidad de entrenarlo en las correspondientes estrategias para el control del niño.

Se ha de considerar bien la programación de las sesiones de los niños. Si están acostumbrados a siestas o comidas a determinada hora del día, entonces se evitará citarlos a esa hora en que pueden estar irritables. La edad suele ser crítica y en general se reconoce que a edad de preescolares es mejor verlos temprano. Los niños aprensivos y premedicados deben ser citados de modo similar, pues todos los participantes en la sesión estarán más frescos por la mañana que por la tarde. El equipo odontológico debe esforzarse por mantenerse dentro del programa, pues las demoras indebidas en el comienzo de una sesión odontológica puede contribuir a niveles incrementados de ansiedad. La longitud de la sesión debe ser determinada por el trabajo a realizar y el lapso de atención del niño. Aunque existen diferencias, la mayoría de los niños son capaces de tolerar visitas de duración variable.

Las sesiones deben ser organizadas como para reducir al mínimo la cantidad de visitas, limitar la frecuencia de la administración de anestésico local y realizar odontología por cuadrantes siempre que sea posible. Es importante establecer una confianza sobre la base de un refuerzo positivo, a cuyo fin se deben efectuar primero los procedimientos más sencillos en su ejecución.

5.6 ORGANIZACIÓN DEL CONSULTORIO

La organización y cohesión de un consultorio odontológico influirá muchísimo sobre el ánimo y temperamento de padres, pacientes y personal. Con un ambiente de estabilidad, las responsabilidades cotidianas se cumplirán sin esfuerzo. Esto comienza con el arreglo de la sesión inicial, cuando la recepcionista informa a los padres sobre los procedimientos y políticas del consultorio. La información exacta recogida en ese momento permitirá a sí mismo la planificación correcta de una sesión. Cada miembro del equipo odontológico debe comprender la responsabilidad de todo el personal. El equipo bien organizado faculta al odontólogo para interesarse por aspectos que sólo él puede ejecutar, en tanto que buena parte de la base para establecer la confianza es compartida por los auxiliares. Con el logro de esto el niño entenderá claramente que es bienvenido. Los niños necesitan sentir que se los quiere; logrado esto, el logro de los objetivos será más fácil.⁵

6. RELACIONES DENTISTA-NIÑO-PADRES

6.1 EL PRIMER CONTACTO

Es importante reconocer que mientras el dentista se encuentra evaluando al niño, éste hace lo mismo con él, desde el momento que llega a la consulta y de igual manera al ambiente de su consultorio y sala de espera.

Hay que tener presente la velocidad y eficiencia con la que el niño es capaz de detectar cualquier signo de indecisión o insinceridad de parte del profesional, por lo cual es importante el control de movimientos y la selección del vocabulario.

Para muchos dentistas basta con el sentido común "quiera al niño y sea auténtico". El niño es hábil en detectar expresiones faciales, los contactos, los gestos, que ocurren durante la visita, aún durante los periodos de silencio.

El dentista está diciendo cosas al niño incluso antes de verle, mediante el ambiente y las personas que lo rodean.

Para el dentista puede ser un motivo de tensión la presencia de los padres durante el tratamiento.

Instaurar el diálogo, facilitar el contacto inicial, es lo que el dentista debe intentar a toda costa, ya que este aspecto señalará el desarrollo de las sesiones ulteriores.

En toda esta primera fase, el dentista se halla, con frecuencia, ante un niño que ha sido "instruido" ¡acerca de lo que es un *dentista!*, ya sea por sus padres, sus hermanos o hermanas o sus compañeros de la escuela. El niño ya ha "situado" al dentista y ciertamente, a veces, ¡muy mal! El diálogo inicial corre el peligro de quedar falseado por las experiencias anteriores, y sean las personales del propio niño o las que él atribuya, por asimilación, a las de sus padres o a las de su ambiente. El dentista no debe intentar instaurar su propia relación sin haber escuchado previamente a los padres y al niño con el fin de conocer estas relaciones anteriores.

Este primer diálogo permite conocer el medio familiar y escolar del niño; su modo de educación y su comportamiento social influirán sin duda en su contacto con el dentista.

Sólo se pueden esperar resultados valiosos si existe una motivación, la que a la vez no puede persistir sin comprensión.

La organización de las visitas ulteriores se establece de común acuerdo, teniendo en cuenta varios factores:

- Disponibilidad de los padres o de sus acompañantes.
- Escolaridad, actividades y asuetos del niño. No es juicioso suprimir estos en beneficio de los cuidados dentarios;
- Ritmo del niño y momentos de fatiga en el día;
- Organización de la jornada de trabajo del médico: ¡el niño jamás debería esperar!

Los niños pequeños pueden atenderse durante sus horas escolares, lo que permite al dentista distribuir en forma equilibrada sus visitas. Es preferible atenderlos en las primeras horas del día puesto que entonces están más atentos.

Los niños ansiosos se tratan mejor por la mañana, ya que hacia el final del día es inevitable la acumulación de la tensión. Los adolescentes difícilmente aceptan atenderse durante las horas de trabajo escolar.¹¹

6.2 DURANTE EL PROCEDIMIENTO

No se puede establecer un método concreto para instaurar el diálogo entre el dentista y el niño, ni para lograr que éste acepte la asistencia. Cada niño, al igual que cada dentista, posee su personalidad propia. Cada dentista deberá modularlas en función de la experiencia y del comportamiento de estos pequeños niños.

6.2.1 La presencia de los padres durante la atención

Por una parte, se puede admitir que la relación dentista - niño será más valiosa si no existe interferencia alguna. Desde esta óptica, los padres pueden constituir un obstáculo y se comprende el motivo por el que, a veces, se emplea el término de "madre pantalla". Cada situación debe adaptarse, a la vez, a la madurez del niño y a la de sus padres.

Para los niños más pequeños, de 2 y 3 años, la presencia de la madre o el padre representa una gran ayuda; indudablemente es un factor que produce seguridad, especialmente durante las primeras visitas. Sin embargo, conforme el niño crece, la presencia de los padres resulta menos importante e incluso puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño. Generalmente, cuanto más nerviosa, insegura y tensa es la reacción del padre o la madre, mayor es el riesgo de que el niño reaccione también de forma ansiosa y negativa.²

Por el contrario, si el padre o la madre muestran seguridad y calma, es muy probable que el niño reaccione de forma similar. No pueden establecerse reglas generales, pero no podemos olvidar que lo primero es el bienestar del niño.

6.2.2 Los medios de las relaciones dentista - niño.

Pueden emplearse varias formas de contacto:

- La voz: el dentista explica sus intervenciones con calma y serenidad. Establece un intercambio de opiniones que verdaderamente inducen al pequeño a dialogar y lo tranquilizan.
- La mirada: el dentista debe permanecer particularmente atento a las mínimas expresiones mímicas del niño, quien hallará en su mirada el consuelo, la comprensión y en particular la atención.
- Las manos: si cada uno de nosotros reconoce la importancia de la mano tendida sin resistencia y con cariño, podrá comprender que las manos establecen el contacto con la cavidad bucal: el niño que aprecia gestos firmes y precisos se siente tranquilo.

**ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA**



6.3 CONSIDERACIONES PATERNAS

En general, el medio visual del consultorio odontológico puede afectar a los padres positiva o negativamente. Se incluye el aspecto y la vestimenta del odontólogo, así como la limpieza y decoración del consultorio mismo. También los estímulos olfatorios y auditivos contribuyen a la impresión global de los padres. Las actitudes del odontólogo y de su personal sirven después para reforzar esas impresiones generales, positivas o negativas.

El tratamiento se cumplirá sólo si lo aceptan los padres, quienes deben, por lo tanto, ser considerados al preparar un plan de tratamiento. Por lo tanto, en cuanto no se vean comprometidas la calidad, la comodidad, la motivación y la satisfacción, es preferible un abordaje flexible al presentar un plan de tratamiento a los padres.

El plan de tratamiento debe estar bien trazado, incluidos los servicios que se presentarán, una estimación de la cantidad de visitas requeridas y una estimación de los honorarios. La fe y la confianza mutuas son imperativas, si no, el plan de tratamiento presentado no será efectuado totalmente.

Los lineamientos para la conducta paterna en la sala operatoria deben ser estrictos. Se debe permitir que el odontólogo establezca comunicación con el niño independiente del padre.¹¹

6.4 LOS PADRES DE LOS PACIENTES

La estructura de los padres moldea, conforma y dirige la conducta del niño, de allí que está refleja la actitud predominante en el hogar. Son tan importantes los padres durante la adaptación, que se dice que en odontopediatría la relación odontólogo – paciente deja de ser un binomio, para convertirse en un triángulo, en cuyos vértices se encuentran: el odontólogo, el niño y sus padres.

De especial interés es la relación entre la madre y el niño. El patrón de la relación madre – niño durante la niñez ejerce una profunda influencia sobre el desarrollo de la personalidad del niño, y afecta la manera en la que responderá a una nueva situación o a situaciones exigentes. Se ha demostrado en varios estudios que las madres que permiten autonomía y expresan afecto, tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos. Contrariamente los niños que son ignorados no presentan estas características positivas de conducta.

Los padres moldean la conducta de sus hijos, desde el momento en el que nacen, por medio de un refuerzo y un rechazo selectivos ante unos comportamientos específicos, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que les confieren. Al menos en los primeros años de vida, los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer.

A medida que los niños necesitan acudir a su primera visita con el dentista son varios los factores que influyen en la conducta de los padres. A veces las actitudes ante este tipo de consulta médica están muy arraigadas. Por ejemplo el nivel socioeconómico de los padres está muy relacionado con la aceptación de los métodos de tratamiento y en las actitudes de los niños ante la visita odontológica.

A pesar de la importancia que tienen los padres dentro del tratamiento odontopediátrico y de la necesidad de conseguir su colaboración, existe muy poca información sobre el trato de los padres del paciente. Al reconocer esta deficiencia se describen algunas situaciones problemáticas de los padres:

6.4.1 Padres que protegen en exceso al niño

Esta conducta impide con frecuencia una evolución natural hacia la independencia, es el caso del padre o la madre que independientemente de la edad del niño, insiste en permanecer junto a él.

Los padres con una protección excesiva del niño no se sienten satisfechos cuando se les señala que su hijo no tiene miedo y que es importante que se establezca una relación unipersonal entre él y el odontólogo.

6.4.2 Padres manipuladores

Las actitudes manipuladoras se manifiestan por una actitud exagerada. Estas demandas pueden ampliarse hasta pretender orientar el diagnóstico y el tratamiento del niño. Puesto que las demandas o las manipulaciones son a veces contrarias a la línea de conducta que sigue la conducta odontológica, o bien no son adecuadas para la correcta salud dental del niño, el odontólogo ha de ser capaz de manejar la situación y al padre que muestre esta actitud.

6.4.3 Padres hostiles

Los padres que dudan de la necesidad de un tratamiento muestran una conducta hostil. En general, no es sólo cuestión de falta de conocimiento sino de desconfianza. El odontólogo ha de tener paciencia con estos padres, puesto que en ocasiones ocurre que sencillamente no entienden el tratamiento que se les propone.

El hecho de abordar al padre hostil o desconfiado con una discusión inocente, puede provocar un franco rechazo por parte de aquél para continuar con el tratamiento del niño.

6.4.4 Padres negligentes

A este tipo de padres no se les identifica en un principio. En general, se descubren ante el incumplimiento repetido de las citas, porque no llaman para pedir hora o porque no cumplen ni supervisan los programas de higiene ni los hábitos de su hijo. El odontólogo debe informarles sobre los objetivos a conseguir a largo plazo, y averiguar si los objetivos de los padres son similares. Hay que proyectar sobre ellos una sensación de tolerancia y de preocupación.

Es preciso que los padres de los pacientes odontológicos pediátricos comprendan y analicen las experiencias por las que van a pasar sus hijos en la consulta.¹⁷

LOS PADRES DEL PACIENTE



6.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTROL CONDUCTUAL DEL NIÑO

A últimas fechas, el tema del "consentimiento informado" ha suscitado gran interés entre los odontólogos. Cuando el dentista no se preocupa por obtener consentimiento para realizar un procedimiento, previa información completa, al paciente y sus familiares, queda expuesto a una posible demanda civil por daños y perjuicios atribuibles a malpraxis, o a una acusación judicial, seguida de posible encarcelamiento, y quizá la pérdida de su cédula profesional. Lo que cuenta no es si el tratamiento aplicado fue o no fue adecuado dada las circunstancias, si no el hecho de sí se obtuvo o no el consentimiento. El control de la conducta del niño en el consultorio dental requiere consideraciones adicionales.

En general, el odontólogo debe informar al paciente la naturaleza del problema, el tratamiento recomendado y el riesgo que conlleva, cualquier tratamiento equivalente y sus riesgos, así como la alternativa de no dar tratamiento y los peligros inherentes. Todos los riesgos que son "materiales" se deben señalar al paciente; se llama riesgo material aquel que es importante o que tiene grandes probabilidades de ocurrir. Si el paciente es un menor, se debe obtener el consentimiento de los padres o la persona que tenga la custodia legal del niño.

Para proporcionar tratamiento odontológico a un niño o a un individuo discapacitado, en ocasiones se requiere emplear métodos de control de la conducta que el padre o el tutor no conozcan. Por ejemplo, aunque estén familiarizados con la aplicación de una inyección o el uso de la pieza de mano, quizá no conozca la sedación con óxido nítrico. Otras técnicas de control conductual a las que no están acostumbrados los padres son el control de la voz, el uso de agentes sedantes, el método de mano sobre boca, la anestesia general y la restricción física. Debido a que no conocen estas técnicas, es necesario informar al respecto al padre o tutor antes de aplicarlas.

Hay que explicar todos los riesgos materiales. El padre o tutor debe tener la oportunidad de hacer preguntas y tener tiempo para considerar el uso de estos métodos. Es necesario que el padre tome una decisión inequívoca antes de que el odontólogo utilice cualquiera de estas técnicas.

Además de obtener el consentimiento informado del padre o tutor para utilizar ciertas técnicas de control conductual, dicho consentimiento se debe asentar por escrito.⁵

7. ESTRÉS EN EL ODONTOPEDIÁTRA

En 1936, Hans Seyle introdujo la expresión estrés para denominar el esfuerzo de adaptación que realizamos para hacerle frente a todas las situaciones que nuestro organismo perciba como amenazadoras. Básicamente, se puede considerar como un agotamiento general, donde todo nuestro sistema funcional se ve afectado.

El estrés no es una enfermedad, sino un conjunto de signos y síntomas que se presentan cuando el organismo es sometido a una gran tensión.⁷

Kahn y colaboradores, fueron los primeros en realizar investigaciones sobre el estrés en el lugar de trabajo; recientes estudios han examinado como los efectos del estrés son inducidos por rasgos del individuo o por características del lugar de trabajo. El consultorio es un lugar de trabajo inherentemente estresante.

Las primeras investigaciones sobre estrés en odontología fueron reportadas por Howard y colaboradores, en 1976. Se reportó la experiencia de los dentistas, de estrés en el curso de la examinación y tratamiento, en donde además necesitaban un tiempo límite para ser perfecto en técnicas y diagnóstico, reducir el dolor y la inquietud del paciente, tratar con cancelaciones de citas, con pacientes que llegan tarde y manejar pacientes que poseen diferentes niveles de cooperación.¹⁵

Muchas causas de conflicto emocional en el dentista se relacionan con problemas de exceso de trabajo, hábitos laborales inadecuados, falta de ejercicio, y tensión física general. Lo anterior lleva a un sentido de total frustración y a la pérdida de eficacia.

El trabajo del dentista es duro desde el punto de vista físico. Además, como la mayoría tiene consultas privadas, se involucra en el estrés y en las tensiones de larga duración comprendidas en la edificación de una práctica profesional exitosa.¹³

Hay pruebas de que los odontólogos son susceptibles de modo particular a los efectos de estrés intenso, y dado que la práctica odontológica es inherentemente estresante el aprender a vivir con estrés es claramente un imperativo de la profesión.

En Odontología pediátrica el tratamiento se lleva a cabo en una triple relación entre el dentista, el paciente y el padre del paciente como ya se indicó. En la mayor parte de los casos, el niño es acompañado por su padre o su madre y el tratamiento no puede llevarse a cabo sin la cooperación del padre. De este modo se puede asumir que la presencia del padre en el tratamiento generará alguna clase de estrés psicológico.

CONCLUSIONES

La actitud del cirujano dentista ante el paciente infantil, influye en gran parte en el desarrollo de un adecuado tratamiento dental del niño.

Un aspecto fundamental en la práctica odontológica infantil se basa en la capacidad que tiene el odontólogo para tratar niños en la consulta, por lo cuál constituye un requisito para proporcionar una mejor atención a los niños.

El odontólogo deberá tener una actitud positiva hacia los niños, para que los niños la perciban y cooperen con el dentista para realizar el tratamiento en un ambiente favorable y se logre establecer una buena comunicación entre ellos.

Además de tener una buena relación con los pacientes el odontólogo debe buscar un acercamiento con los padres y lograr una buena relación con ellos. Ya que la atención dental pediátrica está basada en una triple relación: niño – padres – dentista.

El odontólogo nunca debe perder el dominio de las situaciones cuando el niño muestra conductas no deseadas sino al contrario, saber como manejarlas con un adecuado control de la conducta del niño.

Todo lo que realice el odontopediátra será para beneficio del niño y todas sus actitudes serán encaminadas para lograr una aceptación de la consulta y una relación cordial con todos sus pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barber, T.K; Larry, S.L. Odontología Pediátrica. México, D.F, Editorial. El Manual Moderno 1985.
2. Barberia, L.E; et al. Odontopediatría. Editorial Masson, 1995.
3. Berge, T.M; Veerkamp, J; Hoogstraten, J. "Dentists' behavior in response to child dental fear". Journal of Dentistry for children. 1999; 66(1): 36-40
4. Boj, J.R ; Davila, J.M. "Differences between normal and developmentally disabled children in a first dental visit". Journal of Dentistry for children. 1995; 62(1): 52-56
5. Braham, R.L; Morris, M.E. Odontología Pediátrica. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1984.
6. Brauer, J.C; et al. Odontología para niños. Buenos Aires. Editorial Mundi. 1985.
7. Bressan, E. "El estrés". El odontólogo. 1997; 23(1): 23-26
8. Castillo, M.R. Manual de Odontología Pediátrica. Colombia. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. 1ª. Edición, 1996.
9. Escobar, M.F. Odontología Pediátrica. Editorial Universitaria. 2ª. Edición, 1992.
10. Finn, S.B. Odontología Pediátrica. La Nueva Editorial Interamericana. 1976.

11. Fortier, J.P; Fremault, C.D. Manual de Odontopediatría. España. Editorial Masson.1988.
12. Glasrud, P.H. " Dentists' characteristics and child behavior management techniques". Journal of Dentistry for Children. 1984; 65(2): 337-343
13. Gordon, R.J; Slovin, M; Krochak, M. "Psicodinámica de la fobia y la ansiedad dentales". Clinicas Odontológicas de Norteamérica. No. 4 1988.
14. Holloway, P.J. Salud Dental Infantil. Editorial Mundi. 1ª. Edición 1979.
15. Kan, M; Ishikawa, T; Nagasaka, N. "A study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment". Journal of Dentistry for Children. 1999; 66(1): 41-48
16. Koch, G; et al. Odontopediatría. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1991.
17. Mc Donald, R.E; Avery, D.R. Odontología pediátrica y del adolescente. Madrid, España. Mosby-Doyma Libros.1995.
18. Pinkham, J.R. Odontología Pediátrica. Editorial Mc. Graw Hill – Interamericana. 2ª. Edición, 1994.
19. Ripa, L.W; Barenie, J.T. Manejo de la conducta odontológica del niño. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi. 1984.

20. Roberts, J.F. "How important are techniques? The empathic approach to working with children". Journal of Dentistry for Children. 1995; 62(1): 38-43

21. Scott, S; García, G.F. "Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques". Journal of Dentistry for Children. 1998; 65(2): 128-131

22. Sogbe, A.R. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Caracas. Editorial Disinlimed. 1996.