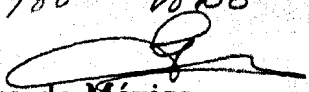


101. 988 *V6 B0*


Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO
ODONTOPEDIATRICO SEGUN SU
COMPORTAMIENTO**

T E S I S

**Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a
JESUS FERNANDO URIARTE**



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.

TEMA	INDICE	Pag.
I	Introducción	1
II	La personalidad del niño en sus diferentes etapas	2
III	Clasificación de la conducta del niño	9
	A) Miedo Objetivo	
	B) Miedo Subjetivo	
	C) Niño Tímido	
	D) Ansiedad Excesiva	
	E) Niño Rechazado	
IV	Acondicionamiento del Niño en el Consultorio Odontopediátrico.	30
V	Importancia de la Primera y Segunda Visita al Consultorio Odontopediátrico.	34
	A) Manejo del niño según su comportamiento.	
	B) Personalidad del Cirujano Dentista ante el niño.	
VI	Aspectos que determinan el medio ambiente.	51
	A) Técnicas de Reacondicionamiento	
	B) Actitud del Cirujano Dentista ante los padres	
VII	Conclusiones	62
	Bibliografía	63

INTRODUCCION

El desarrollo de esta tesis fué tomando en consideración la importancia de la conducta de los niños; la manera en que se va modificando, conforme el niño crece y se desarrolla; la relación que tiene la misma con los padres, hermanos, compañeros de escuela y juegos, y el medio ambiente en general.

Así mismo, la relación que debe existir entre Cirujano Dentista y niño, para que, con el criterio y conocimiento del Odontólogo se -gule al paciente infantil con éxito, en una experiencia, que en ocasiones es desagradable, como lo es la Odontología.

El Dentista debe de tomar en cuenta, que los pacientes infantiles, sobre todo los de primera visita, son niños que pueden ser potencialmente temerosos y renuentes a cualquier tratamiento médico. De ahí la importancia que tiene en principio; el ganarse la confianza y la amistad del paciente infantil. Esto lo debe de lograr el Odontólogo, valiéndose primordialmente de mucha paciencia, platicando con el niño, encontrando cual es el origen y el porqué del temor y su conducta; para posteriormente poder iniciar cualquier tratamiento clínico dental.

TEMA 17

La personalidad del niño en sus diferentes etapas.

Conceptos básicos y consideraciones clínicas.- El grado de la eficiencia clínica en el conocimiento de las necesidades dentales de un niño está por supuesto íntimamente relacionado con la habilidad en el manejo del niño por parte del Cirujano Dentista, esto es: La destreza en el manejo de un niño está relacionado con la habilidad y con el conocimiento acerca de los niños.

El desarrollo de un niño no es sinónimo de psicología de un niño. La psicología de un niño compagina el estudio de la personalidad del niño incluyendo conducta patológica y una rama de la psicología experimental en la cual el niño es el animal usado para el estudio de las leyes de la conducta. El desarrollo del niño por otro lado incluye el estudio de todas las áreas del desarrollo humano desde la concepción hasta la juventud.

El odontólogo que quita con éxito a los niños por la experiencia odontológica se da cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental, además del físico. Este cambio da quizás una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra. Es un hecho reconocido de 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.

Todos los que trabajan con niños deben de comprender que la edad

psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esto en verdad no tiene importancia para el Cirujano Dentista; sin embargo, en el diagnóstico de problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento deben considerarse ambas edades fisiológica y psicológica.

PATRONES A DIFERENTES EDADES

Infancia	"Desde el nacimiento a los 2 años"
Edad preescolar	"De los 2 años a los 5 años de edad"
Niñez	"De los 5 años a los 12 años de edad"

El recién nacido posee un mecanismo emocional pobremente elaborado, que comprende las emociones de enojo, cólera, regocijo y temor.

A los tres meses de edad la mayoría de los niños demuestran signos de madurez social, como lo prueba el hecho de cesar su llanto cuando se le acercan, y de continuar con él cuando se le deja sólo.

A los 5 meses trata de cojer y traer objetos próximos a él.

A los 6 meses tendrá ya la habilidad mental de distinguir a una persona de otra; esta habilidad a los 8 meses habrá progresado tanto que además de poder distinguir a dos personas, demostrará interés por otra de su misma edad.

Entre los 6 y lo 10 meses trata de participar en juegos queriendo llamar la atención de otras personas por medio de gritos y movimientos.

El niño al año de edad muestra ya su madurez social con manifesta

ciones como la de tratar de eliminar a otro niño de su esfera de acción o tratando de llamar la atención de otro. Su mente está lo suficientemente despierta para darse cuenta de que gritando, dando puntapiés y revolcándose en el suelo puede conseguir lo que desea, es el llamado (temper-tantrum) que no sólo es una reacción natural, sino que además es un buen inicio de que el niño está desarrollando su carácter. Algunos niños con inteligencia más avanzada llegarán a esta época un poco antes del año.

Ahora bien. Ante una actitud de estas el niño no deberá de ser complacido, ni consentido, pero tampoco deberá de ser castigado; se le permitirá darle curso a su reacción, pero vigilando de cerca para que se de cuenta de que alguien se preocupa por él; de esta manera se le dará una oportunidad de desarrollar su carácter y saldrá de ese estado más rápidamente de que si interviniesen.

A la edad de un año y medio desarrolla el niño dos patrones característicos:

- 1) Una curiosidad extrema por observar en todos los rincones de la casa, abrir cajones, etc. esto es comprensible ya que el niño en esa edad no distingue con la vista exactamente forma y volumen de los objetos y se vale del tacto para conseguir este fin.
- 2) Un negativismo extremo por el cual se le conoce con la edad o periodo del " no-no". El niño responde con un no a las preguntas o hace exactamente lo contrario a lo que se le pide.

Dos años.

A veces el odontólogo deberá de examinar o tratar a un niño de 2 años. Por lo tanto es conveniente que el odontólogo preste atención a las pautas de conducta y el grado de desarrollo que pueda esperar a cierta edad y debe procurar determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los 2 años los niños difieren muchísimo de su capacidad de comunicación; sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Si el niño tiene un vocabulario limitado la comunicación sera difícil. Por esta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de 2 años, mientras que en otros la cooperación es limitada. Es conveniente de que a esta edad el Cirujano Dentista permita al niño sostener el espejo, hue la pasta dentífrica, que sienta la tacita de goma, etc. de esta manera el niño tendrá una mejor idea de lo que el Cirujano Dentista intenta hacer. A esta edad el niño tiende a ser tímido y depende considerablemente de sus padres, por lo que resulta conveniente de que pasen acompañados al consultorio.

Tres años.

Con niños de esta edad el odontólogo le resulta más fácil comunicarse y razonar. Por lo general tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a servirse de un acercamiento positivo. De todos modos a cualquier edad es conveniente señalar los factores

positivos antes que los negativos, en particular para el más pequeño es cierto que tenderá a hacer las cosas que se le dicen que no haga.

Cuatro años.

El niño de 4 años por lo común escuchará con interés las explicaciones y normalmente responderá bien a las indicaciones verbales.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a platicar, y exagerar en su conversación. En algunas situaciones, el niño de 4 años puede tornar bastante desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras.

Sin embargo, la criatura de 4 años que haya vivido una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

Cinco años.

El niño de 5 años ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupos y la experiencia comunitaria.

A esta edad la relación personal y social están mejor definidas y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño de 5 años ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas como las relacionadas con ir al jardín de infantes o al consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posiciones y sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos suelen ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente.

Seis años.

A los 6 años la mayor parte de los niños se separan de los lazos muy estrechos de la familia.

A esta edad sus manifestaciones tensionales alcanzan un límite en el que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres; también suele haber un claro incremento en las respuestas temerosas. Algunos niños de esta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo.

Con la debida preparación por la experiencia odontológica, se puede esperar que el niño de 6 años responda de manera satisfactoria.

Siete años.

A los 7 años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores.

El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el Cirujano Dentista puede razonar con él y explicarles lo que se está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que demuestre su inconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida de que los niños crecen sus temores se vuelven más variables.

De los 8 a los 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones

desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente; maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que le forcen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sea los amigos o el Dentista en el consultorio.

Los adolescentes, especialmente los jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todos les gustaría ser los más atractivos.

Este interés por los efectos cosméticos puede usarlo el Dentista como motivación para buscar atención odontológica. Están dispuestos a cooperar para satisfacer su ego. Los problemas de manejo ocurren tan sólo en las personas que están considerablemente mal ajustadas.

TEMA III

Clasificación de la conducta del niño.

Categorías de la conducta de acuerdo con Frankl, que fue uno de los mejores sistemas que introdujo para su clasificación.

Esta escala divide la conducta observada dentro de cuatro categorías que van desde la definitivamente positiva a la definitiva negativa.

Esta clasificación ha sido una de los principales métodos usados para la evaluación de la conducta y ésta popularidad ha sido debido a varios aspectos:

- 1) Es funcional. Esto ha sido demostrado a través de su repetido uso.
- 2) Cuantificable desde que tiene cuatro categorizaciones, la evaluación numérica puede ser asignada a la conducta observada.
- 3) Es confiable. De hecho los investigadores usando esta clasificación han demostrado que la mayoría pertenecen a uno de estos niveles.

Categorías de la Conducta:

- 1) Es la definitivamente negativa. Rehusa el tratamiento, llora violentamente, es temeroso y muestra alguna otra evidencia de extremo negativismo.

- 2) *Negativo; renuente a aceptar el tratamiento, no cooperativo, alguna evidencia de actitudes negativas, pero no pronunciadas, berrinchudo, distraído.*
- 3) *Positivo; tiene buena voluntad para aceptar al Dentista; y aún cuando se muestre receloso o cauteloso el paciente sigue las instrucciones del dentista cooperativamente.*
- 4) *Definitivamente Positivo; relación simpática con el Dentista, interesado en los procedimientos dentales, ríe y disfruta la situación.*

Quando los procedimientos de clasificación son aplicados a la práctica privada, el propósito del sistema debe ser recordado. Este propósito es mantener un record de las reacciones del niño. Muchos métodos pueden ser usados para este solo propósito. Nuevamente es la escala de Frankl la que puede ser usada: ésta tiene la ventaja de permitir usar símbolos. Aquellos niños que presentan conducta cooperativa positiva pueden ser identificados con la anotación (+) o (++). Inversamente una conducta no cooperativa puede ser anotada por un (-) o (--).

Un inconveniente de este método es que la escala no comunica suficiente información clínica para los niños no cooperativos. Si un niño es marcado (-) la escala falla para identificar el tipo de conducta negativa. De esta manera el Dentista usando este sistema de clasificación tiene que cuantificar también como categorizar la reacción; un ejemplo puede ser: (-) timidez. Si la conducta va de negativa a posi

tiva durante una visita una simple anotación puede ser (- -> +). El manejo de la técnica también puede ser registrado mediante símbolos. ejm: Si la conducta fue negativa al tiempo de la inyección se indicará con cualquier símbolo (inyección -).

Formas de Conducta Cooperativa.- La conducta de los niños puede ser vista de diversas formas. Sus maneras de jugar son una forma de conducta al igual que sus hábitos orales, como sea cuando un Dentista examina a un niño casi siempre fija un tipo de conducta cooperativa porque una manera de asignar el tratamiento adecuado, es la habilidad del Dentista. La mayoría de los Cirujanos Dentistas conscientemente o no caracterizan a los niños cooperativos en una de estas tres maneras o formas: cooperativa, falta de habilidad cooperativa, potencialmente cooperativa.

Cooperativa.- La mayoría de los niños vistos en el consultorio dental cooperan. Esto es apoyado por experiencias en el consultorio dental, así como datos de recientes estudios de la conducta. Los niños cooperativos están razonablemente relajados. Ellos tienen aprensiones mínimas y pueden ser entusiastas. Estos niños presentan un nivel razonable de cooperación que permite al Cirujano Dentista trabajar efectiva y eficientemente.

Falta de Habilidad Cooperativa.- En contraste con el niño cooperativo está el niño con falta de habilidad cooperativa. Esto puede incluir niños muy pequeños en los cuales la comunicación puede no estar establecida aún, y la comprensión no puede ser esperada; porque

debido a esa edad carecen de habilidad cooperativa. Ellos pueden presentar problemas mayores de conducta; Mc. Donald (1969) se han referido a estos niños como estando en una etapa pre-cooperativa. Lo considera como un período temporal en su desarrollo.

Un segundo grupo de niños que carecen de habilidad cooperativa son aquellos que presentan condiciones especiales de impedimentos o debilidad. La severidad de sus condiciones les prohíbe la cooperación de la manera usual. Al mismo tiempo técnicas especiales para el manejo de la conducta son empleados para ellos; sin embargo, cambios positivos en la conducta no pueden ser esperados.

Los potencialmente Cooperativos.- Característicamente la nomenclatura aplicada a un niño potencialmente cooperativa es "problema de conducta". El niño puede estar sano o impedido; como sea él difiere de un niño que carece de habilidad cooperativa, desde que tiene la capacidad de hacerse cooperativo. Esta es una importante diferencia cuando se caracteriza como potencialmente cooperativo. El juicio es que la conducta del niño puede ser modificada; esto es, el niño puede llegar a ser cooperativo.

Conducta no Controlada.- Cuando una reacción de conducta no controlada ocurre en un paciente potencialmente cooperativo, es visto usualmente en niños pequeños de 3 a 6 años de edad, en ocasión de su primer visita dental. La reacción, una forma de rabietta o cólera, puede empezar en el área de recepción o puede incluso ocurrir antes de que el niño entre al consultorio. Algunos autores han clasificado la conducta como incorregible.

Es caracterizada por lágrimas, lloriqueo a gritos, azotándose y golpeando con manos y piernas. Todo esto sugiere un estado de ansiedad aguda o de temor. Este estado exaltado causa a los niños pequeños regresar a una forma temprana, más infantil de conducta. Solo ocasionalmente, es este tipo de reacción observada en niños más grandes. Los niños de edad escolar tienden a modelar su conducta de acuerdo a los adultos o niños más grandes. Una conducta no controlable inmadura, no estaría de acuerdo con su propio concepto. Si la conducta no controlable ocurre en niños más grandes hay probablemente una razón con raíces profundas para que suceda esto. El tratar de entender estas razones a menudo revelan una gran variedad de situaciones, pero que pueden permitir llegar a una solución. Un ejemplo de esto: Dos niñas gemelas idénticas de 7 años de edad fueron examinadas y una de ellas fue descrita como un "problema de conducta"; sus nombres Eva Liz y Kreusa Liz; a Eva Liz se le examinó primero y su conducta durante el exámen fue aceptable; Kreusa Liz su hermana gemela demostró una conducta no controlable en el área de recepción. Una vez separadas de sus padres su cooperación mejoró (la de Kreusa Liz). Más tarde los padres fueron interrogados acerca de estas dos reacciones tan diferentes. Parecía que Eva Liz había sido la líder (la mejor en la escuela, la mejor de deportes, ayudaba en casa). Ella fue usada como modelo para Kreusa Liz. Sin tratar de parecer un Psicólogo una conclusión lógica era que Kreusa Liz se estaba comportando como sus padres esperaban que se comportara (mal). Así mismo, ella ya estaba cansada de tener que imitar un modelo de conducta. Tan pronto como se entendió el origen

de la conducta, la secuencia fué reversible; es decir, mejoró. Ahora Kreusa Liz fué modelo y respondió admirablemente.

Conducta Desafiante.- A pesar de que la conducta desafiante puede ser reconocida en niños de todas las edades es más típica en aquellos que se encuentran en el grupo de edad escolar en escuelas públicas. La conducta desafiante puede ser controlada. Es distinguible por gritos de "NO QUIERO" o "NO LO HARE". Niños que reaccionan de esta manera a menudo presentan similar conducta en sus casas. Sus padres pueden no proveer guías suficientemente estrictas para su conducta. Cuando se les lleva al consultorio dental en contra de su voluntad protestan como lo harían en su casa. Niños exhibiendo este tipo de conducta han sido referidos como tercios. Un acercamiento directo firme a menudo cambia su conducta dramáticamente. Después de que su cooperación ha sido obtenida su conducta debe ser directamente motivada. Las guías definitivas para su conducta deben ser establecidas. Para combatir la autoridad del adulto el niño desafiante muestra coraje con las técnicas apropiadas, este coraje puede ser usado para obtener otro tipo de conducta. Una vez que se consiguió esto, ellos tienen el potencial de ser altamente cooperativos; Como sea, el Dentista debe de mostrarse estricto.

El desafío puede ser manifestado en otra manera conocido como resistencia pasiva. Un ejemplo de esto es el niño pequeño que solamente se hunde en el sillón dental, él no responde verbalmente. Cuando el Dentista procede a incluir al niño dentro del procedimiento, la falta de comunicación resulta. Cuando se procede a un exámen intraoral el

paciente puede rechazar la situación por el cierre de sus dientes. El lenguaje del cuerpo puede indicar esta conducta; el agarrarse fuerte del sillón dental puede volver los nudillos blancos. Frecuentemente el contacto visual es evitado.

La táctica de resistencia pasiva es más a menudo encontrada en niños más grandes que se aproximan a adolescentes. Estos niños tienen libertad de expresar sus gustos y disgustos en casa. Ellos pueden escoger su propia ropa o ir al cine con sus amigos, pronto ellos serán lo suficientemente grandes para manejar un automóvil o aún votar; cuando son llevados al consultorio dental sin desearlo, ellos son forzados a estar dentro de una situación la cual ha violado su libertad; cuando se tratan como juveniles su propia imagen es afectada y ellos se revelan.

Las situaciones de resistencia pasiva pueden poseer problemas difíciles de conducta, la firmeza debe ser usada, el forcejeo debe de ser evitado. Un punto de vista es que estos niños son muy altos o desarrollados para ser tratados de esta manera; en vez de esto se debe tratar de entenderlos, tratar de relacionarse con ellos; si ellos expresan un disgusto para la Odontología, hay que estar de acuerdo de que la Odontología no es un placer. Una vez que la actitud negativa ha sido modificada a una actitud deseosa (o que trata de ser deseosa) valiendose de su vanidad de lucir mejor; numerosas técnicas de manejo pueden ser usadas para ayudarles en sus ajustes del campo dental.

La conducta tensa cooperativa.- La conducta a algunos niños puede ser juzgada como una línea positiva negativa. Típicamente estos ni

ños aceptan el tratamiento como les es dado. Ellos no exhiben violencia, conducta agresiva, pero no se les puede clasificar como tímidos. Ellos están como sea extremadamente tensos. El término tenso cooperativo fué puesto por Lamp Shire específicamente para este tipo de conducta. Nuevamente la tensión es a menudo revelada por el lenguaje del cuerpo. La vista de algunos pacientes pueden seguir los movimientos del Dentista como de la asistente dental. Una voz temblorosa puede ser escuchada cuando ellos platican, sus cuerpos pueden aún temblar. Más a menudo ellos sudan notablemente de las palmas de las manos así como de la frente. Ellos controlan sus emociones.

Es interesante especular sobre las razones para la existencia de tantas clasificaciones de la conducta; una razón que inmediatamente se viene a la mente es que los sistemas más antiguos fueron usados primeramente para describir problemas clínicos. Actualmente los investigadores de la conducta encontraron una gran necesidad para objetivar los sistemas cuantificables para que se adapten mejor a la situación. Otra razón para la multiplicidad de las clasificaciones es que todos los cirujanos Dentistas no perciben la conducta precisamente de la misma manera, por lo que algunos Dentistas se sienten impelidos a desarrollar sus propios sistemas, los cuales se adaptan con sus propias visiónes de las reacciones de los niños ante el Dentista. Aún más, no sólo los Dentistas perciben la conducta de los niños de diferentes manera, ellos también toleran la conducta del niño en forma diferente. Lo que nos lleva a un interesante concepto: "El nivel de tolerancia del Dentista". Esto es como ejemplo. Lo que es aceptable para el Dr. Jones,

puede ser totalmente inaceptable para el Dr. Smith. Ciertas conductas pueden ser altamente irritantes para un Dentista, en cambio pueden ser altamente aceptables por otros. Cada uno de los individuos tiene lo que ha sido descrito como el llamado "nivel de tolerancia". Ellos resisten el Stress diferentemente y esto influencia sus clasificaciones en la conducta de los niños. Los niveles de tolerancia afectan la elección de las técnicas de manejo. Un niño quejumbroso puede ser tolerado por el Dr. Jones quien le dará a su juicio el tratamiento requerido y siempre estará pendiente de las quejas del niño, pero lo tolera. La actitud del Dr. Jones es con el objetivo de ganarse la confianza del paciente que eventualmente cambiará. Por otra parte el Dr. Smith encuentra que las quejas del niño son altamente irritantes.

Naturaleza del miedo.- La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para el tratamiento dental, reside principalmente en el problema emocional del "miedo". El miedo representa para el Dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por lo que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón es bueno discutir esta emoción y la manera en que la influencia de los padres y el medio actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento; aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se puede demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos.

El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo. A medida de que el niño crece y aumenta su capacidad mental toma consciencia de los estímulos que le producen miedo, y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida si no puede resolver el problema de otra manera:

Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia, por lo que se le considera al miedo como un protector de preservación.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el Odontólogo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo o dejar que observe la atención dental de otro niño. Ninguno de estos métodos han tenido gran éxito para resolver el problema. La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitando algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto, no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso, con la esperanza de que finalmente superará su temor a la Odontología y se tornará cooperativo.

Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es

imposible razonar con el niño realmente asustado y controlar su temor. El ridículo o la comparación con un niño normal que pasó por la experiencia odontológica sin problema alguno, sólo podrán complicar la vida emocional del niño asustado, y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación.

La mayor parte de los Dentistas encontraron también que es muy poco práctico dejar que el niño miedoso observe mientras que otro se atiende. Rara vez se mostrará menos temeroso o más cooperativo cuando se le llegue su turno para encarar la situación. Por lo tanto, el abordaje más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso.

Valor del miedo

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño; el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme a los castigos o desaprobaciones de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro; si no se le enseña al niño temor al fuego, las probabilidades que tiene de quemarse son mucho mayores. Por lo tanto el enfoque de entrenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente exis-

ten, y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitarán comportamientos antisociales.

Debe enseñarsele al niño que el consultorio dental no tiene por- que inspirarle miedo. Los padres jamás deberán tomar la Odontología como amenaza. Llevar al niño al Dentista no deberá nunca implicar cas- tigo, ya que emplearlo así crea indudablemente miedo al Odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al Dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

Típos de Miedo

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

Temores Objetivos.- Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones o es- tículos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de natura- leza desagradable. Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un Dentista y ha sido manejado tan deficientemente que se le inflin- gió dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros, es muy difícil lograr que el niño que ha sido daña- do de esta manera acuda al Dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el Odontólogo debe de comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el Dentista y en tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores inflingidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los Dentistas o los higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. Un paciente doloroso puede asociar dolor con la Odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

Temores Subjetivos.- Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

La imagen mental que produce el miedo permanece en la mente del niño y con la rápida y viva imaginación de la infancia se agranda y vuelve imponente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juego sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible "Shoban y Borland" informaron que en los adultos el miedo a la Odonto

logía estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo, hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen que sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la Odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer, de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados, y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental. En la Odontología actual no se debe infligir dolor innecesario. Ningún padre, por lo tanto, deberá de decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la Odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores sugestivos también pueden experimentar por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuino como el que está observando en otros; esto se verifica si principalmente el miedo es observado en los padres. Frecuentemente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste, el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento clara-

mente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede ser muestra de ello, y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se de cuenta, son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al Dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, trasmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa. Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento; y lo que significa que puede ser suficiente para el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Generalmente mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente; más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a estímulos objetivos como el dolor que produce una inyección puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño, si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior. Por otro lado los miedos subjetivos o dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real

y personal, de manera de que el miedo que puede experimentarse no encuentran límites. En la mayoría de los niños el miedo es subjetivo, no consecuencias de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos por amigos o compañeros de juegos o de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro. La eficiencia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas.

Relaciones Interpersonales.- Ya hemos considerado con cierto detenimiento la naturaleza del miedo. Aunque es una de las principales emociones que tiene que tratar el Dentista, no explica totalmente el comportamiento del niño en el sillón dental. Existe gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al Dentista; cada niño reaccionará al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del miedo y en su herencia, puesto que en la formación de personalidad básica, intervienen factores hereditarios. Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales. Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad indivi-

dual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y por lo general serán buenos pacientes. Las actitudes de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia a él.

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente. No se puede esperar que los niños - desarrollen personalidades aceptables por sí solos, si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales propios a través de ellos.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitación, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán de satisfacer 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 desea. 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 dónde debe de llegar.

Impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en qué punto sus actos pueden crearle problemas.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto. Si el niño llega al consultorio dental con padres aturridos y desaliñados, que se quejan de que sus niños no quieren cooperar, a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocional que existe en su casa. Todo niño tiene derecho a tener en su casa una atmósfera que le lleve al desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que intelectuales. Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá de estar dentro de los límites de la normalidad.

Timidez.- La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el paciente de primera vez. Suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de "precalentamiento". Esta es una instancia en la que puede ser útil y permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo, por otro niño paciente bien adaptado. Por otra parte la timidez es una forma misma de negativismo. Como sea, si estos niños son manejados incorrectamente su conducta puede deteriorarse a una conducta no controlable. Tal vez porque la ti-

midéz como una mínima forma aguda de negativismo, es más difícil de describir. Algunos niños pueden escudarse así mismos detrás de sus padres; como sea, ellos usualmente fallan para ofrecer una gran resistencia física a los procedimientos de separación. Algunos pueden sentirse en un atoyadero o temblar cuando se les dan instrucciones, algunos sollozar. Pero estos niños no lloran histéricamente; ocasionalmente ellos ponen sus manos en sus ojos para llorar, pero a menudo - contienen sus lágrimas. Muchas razones pueden existir para las reacciones de timidez. Un niño puede venir de una casa con sobrepotección. Otros pueden vivir en una área rural aislada y tener poco con tacto con extraños. Otros niños pueden tener pavor por los sonidos extraños. Con respecto a niños exhibiendo conducta tímida en el con sultorio dental; Mc. Donal observó que estos tipos de niños necesitan ganar confianza en sí mismo y en el Odontólogo.

El debe de ser guiado cuidadosamente a través de su primera experiencia. Es un hecho generalmente aceptado que la ejecución de esto es pobre con personas con ansiedad elevada. Los niños tímidos son generalmente angustiados. Ellos no siempre escuchan o comprenden las instrucciones. Por eso mismo el equipo dental debe entender que las guías presentadas a ellos a menudo deben ser repetidas por su estado emocional.

Ansiedad excesiva.- Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva, por parte de los padres hacia el niño, como resultado de una tragedia familiar anterior, que fué consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección

y mímico. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran mucho en las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, urañados y temerosos; se preocupan cada vez más por su salud, y les hace falta capacidad para tomar decisiones por sí mismo. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean, sin embargo, es posible que el Dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores, pero si se alienta y asegura al niño, éste generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

Rechazo.- Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia por exceso de trabajo u otros intereses hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente, sus hijos tienden a ser inferiores y olvidados; no están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad, desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos, sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no descuidados o rechazados 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 abiertas de desagrado, puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar de que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se

vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de esta actitud, los miembros del grupo de su edad lo encuentran poco agradable, y esto le hace buscar la compañía de otros parecidos a él. Muchos de los delincuentes actuales vienen de esta categoría.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. En muchos casos el niño rechazado se porta mal para atraer la atención, este niño deberá de recibir la atención deseada cuando se porta bien, haciéndole ver su mal comportamiento. Debe enseñarsele de que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

TEMA IV

Acondicionamiento del niño a la Odontología

Puede considerarse a la Odontología infantil como el servicio más necesitado, y sin embargo el más olvidado entre los servicios que presta el Dentista. A pesar de la gran importancia que tiene, algunos Odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la Odontología actual y a las metas finales que han de lograrse. El valor de este servicio nunca será lo suficientemente ponderado, ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales que hoy en día son tan comunes en la población adulta.

Cuando un Dentista asume la responsabilidad de trabajos de niños debe prever que la tarea ha resultado algo difícil; ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil. Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos Odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adultos, pero por otra parte es única y pertinente sólo para niños.

El conocimiento sobre la Odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el Odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio odontológico y el medio por casualidad, pero al mismo tiempo tratando

de gravar en el niño la necesidad y la importancia de la situación. El Odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez, desconoce por completo el hecho de que un diente doloroso o una infección periapical plantean una amenaza al bienestar. En cambio, el niño puede ver en el Odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza. Si el personal odontológico toma bien en cuenta este hecho le servirá para comprender la reacción del niño normal en el consultorio.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el Odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados en ayudarlo. Pueden hacerlo logrando que el niño tome consciencia de la importancia de la visita odontológica y sus diversos procedimientos.

Debe aceptarse el proceso de aprendizaje como proceso irregular, con ascensos, mesetas y quizás hasta períodos de descenso. Este proceso irregular está, por supuesto, relacionado con los cambios ambientales y los estados psicológicos; los padres en el hogar, pueden apreciar las irregularidades. Hay períodos en que los niños aprenden con gran rapidez o cumplen gran cantidad de labores, seguidos por otros en que ejecutan poco o hasta parecen retroceder. Lo mismo sucede en sus hábitos de juego, su comportamiento en la mesa, su habla y por lo tanto en su relación con el Odontólogo y los asistentes.

Hay una gran cantidad de situaciones que pueden influir sobre el proceso de aprendizaje. No obstante, hay una situación en la cual el Odontólogo debe de tener plena consciencia: Es un estado de enfer

medad física prolongado.

El encierro por mucho tiempo en el hogar o en el hospital pueden influir mucho en el proceso de aprendizaje. El período de actividad y socialización interrumpidos, crea un esquema anormal. Un niño confinado por largo tiempo en la sala de un hospital pediátrico presenta un esquema mejor y es quizá más receptivo debido al medio social activo que encontró allí, que el niño que estuvo en su hogar por mucho tiempo o aún en la sala privada de un hospital. Larson observó que las experiencias preescolares de niños físicamente disminuidos estaban por debajo de lo normal en casi todos los aspectos, fuera o no ese aspecto limitante en lo físico. En ningún caso la diferencia favoreció al grupo disminuido.

Pese a este hecho como a la mayor parte de los niños con una historia de enfermedad prolongada son bastante cooperativos. Pero presentan grados variables de rechazo que dependen del estado de ansiedad creado en el hogar o en el hospital por padres sobreprotectores o angustiados.

El Odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente muy pequeño. Algunos autores llaman a éste el "período de resistencia" y lo consideran normal en el crecimiento o proceso de aprendizaje del niño. El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de la capacidad de comunicarse con el Odontólogo y el personal de su consultorio. Es importante que el profesional tenga presente que esta reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje y no una reacción

provocada por él o su personal. Con esto en la mente, debe de trabaja
jar con rapidez, suavidad y aún así, con firmeza. Quizá no deba con
tar inmediatamente con una cooperación total

TEMA V

Importancia de la primera y segunda visita al consultorio Odontopediátrico.*Primera visita.*

El manejo planeado de la primera visita del niño puede crear un buen rapport entre los padres y el personal del consultorio y apoyar el período de consulta. La relación entre Odontólogo y el padre está basada sobre la confianza y debe quedar representada inicialmente por una recepcionista que haya sido informada sobre los posibles comportamientos de los padres y los niños. La motivación de los padres para que planeen otra sección con un determinado Odontólogo puede ser comparada con un principio de la promoción de ventas. El manejo de las ventas valorizan el contacto inicial del representante de la firma con el posible cliente, y los ejecutivos en ventas ponen énfasis en que las primeras impresiones de los consumidores son las que recuerdan.

Mientras los padres y la recepcionista están sentados cómodamente en la oficina, ésta completa la información básica y la historia de manera eficiente y cortés. El interés sincero y significativo de la recepcionista por el niño y el acompañante proyecta un sentimiento similar sobre todo el personal del consultorio. Ciertos problemas potenciales en el manejo del niño, relacionados con actitudes de temor o desafiantes, podrán ser muy aliviados por el diálogo inicial de la recepcionista y el manejo eficiente del padre.

La identificación del grado de temor paterno a la Odontología puede ayudar al Odontólogo y a su personal a prepararse para las reacciones del niño a los procedimientos Odontológicos.

El acompañamiento del niño de la zona de recepción a la oficina privada del Odontólogo o al consultorio puede ser una transferencia sin inconvenientes. No obstante en este momento pueden nacer mal entendidos con el niño. La confianza del niño podrá ser reforzada si la recepcionista recuerda que debe mantener una actitud positiva hacia el niño, sus necesidades dentales y el valor de una buena salud dental para así establecer una atmósfera de naturalidad, amistad y veracidad.

Después de que el Odontólogo y la higienista hayan saludado al niño en una atmósfera no clínica, como es el escritorio del Dr. y hayan inspeccionado la boca, el acompañante será escoltado hasta el consultorio para que tome contacto con el Odontólogo. Esta oportunidad para conocerse y para que el padre reciba una explicación de cuales son los procedimientos iniciales indicados no debe de ser desaprovechada.

Segunda Visita.

Cuando los padres vuelvan con el niño al consultorio, para la segunda sesión, se podrá suponer que habrán quedado satisfechos en cierta medida, por lo menos, por el manejo del personal de los procedimientos iniciales.

Durante la consulta, en la segunda sesión, la recepcionista pue-

de orientar eficazmente la opinión de los padres respecto de las necesidades odontológicas del niño. Valiéndose de las notas resumidas del plan de tratamiento bosquejado, la recepcionista puede explicar en términos fácilmente inteligibles las observaciones del Odontólogo y sus observaciones.

Las barreras para la comunicación del tratamiento propuesto pueden ser reducidas si la recepcionista está lista para corregir los errores de concepto de los padres respecto del propósito y método del tratamiento.

La presentación preliminar del caso por la recepcionista puede ser útil en la motivación del pensamiento y formulación de preguntas de parte de los padres, mientras aún se encuentran en el consultorio, otra ventaja de la presentación de la recepcionista es que proporciona una oportunidad de expresión sin restricciones para los padres, quienes así pueden transmitir ideas y preguntas al personal que no harían fácilmente al Odontólogo. La interpretación de la recepcionista para las preguntas y observaciones de los padres puede alertar al Odontólogo sobre el grado de comprensión y también la ansiedad de los padres por las necesidades odontológicas del hijo. Posteriormente, la explicación de el Dentista del plan de tratamiento y la demostración de las radiografías del niño puede ser concisa, más significativa, y caracterizada por una mejor concentración paterna.

A) Manejo del niño, según su comportamiento.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que lle-

gan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan.

Un número relativamente pequeño de niños de cualquiera edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales. Illingsworth declaró de manera breve que "los niños - problema son niños con problemas". El Odontólogo tendrá éxitos más duraderos al manejar al paciente si trata de reconocer esos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos, de tiempo muy pequeños. Puede que a los 2 años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio. A los 3 años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los 4 o 4 y medio puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio Odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bien star. Puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, 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 agradar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoponible al dolor. El Odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esa actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual, y por lo tanto no se puede interpretar basándose en la razón tan solo.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño. Su lógica se basa totalmente en sus sentimientos. El condicionamiento total del niño registró su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Se puede seguir razonando por esta línea y declarar 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 o ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando se resiste con fuerza a sus padres, logra que satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede, a veces, ser modificado.

Cuando el niño aprende que no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad a cerca de su comportamiento.

TESIS DONADA POR 39 D. G. B. - UNAM

En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola. Va se discutí la importancia de traer al niño al Dentista desde un principio para que se familiarice con el Dr. y con el medio dental.

Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el Dentista de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro de que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de como impresione el Odontólogo al niño y como va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Este puede ser buen momento para recordar al lector de que los niños son muy extremados. Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes. Si se está asustado, realmente tiene miedo, no puede temer a alguien y a la vez sentir afecto por él. No puede estar enfadado y sentir cariño por la persona. Por lo tanto, si se está tratando con un niño asustado y temeroso, deberá eliminarse el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto al Dentista. Incluso si solo se puede eliminar el miedo hasta un punto de que quede algo de escepticismo y reservas, puede ser que sienta suficiente afecto por usted como para confiar. Cuando se llegue a esta etapa, podemos decir que la batalla del manejo del niño está ya ganada.

Si es posible, el Odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe de dejar el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en lo absoluto a eliminar el miedo; ejemplo: Se lleva al niño al consultorio cuando es muy chico porque necesita que le efectuen algunos trabajos dentales. Empieza a llorar, a veces con fuerza, cuando lo sientan en el sillón dental. El Dentista algo desconcertado y sin saber bien qué hacer en esta situación, despide al niño y se excusa con la madre sugiriéndole que traiga a su hijo cuando sea un poco más grande. Seis meses después el niño vuelve, y se repite la escena con igual patrón de comportamiento. Puesto que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por voluntad propia, los temores del niño, y por consiguiente su comportamiento no ha mejorado. Incluso pudo haberse intensificado el miedo a la Odontología, ya que su imaginación muy activa exagera la necesidad de --huir.

Posponer situaciones así pueden seguir indefinidamente y será nefasto para sus dientes, cuando existen dientes dolorosos. El dolor puede causar de que se creen auténticas fobias a la Odontología. Si el Odontólogo hubiera utilizado un enfoque más positivo durante la primera visita, no hubiera ocurrido retraso y descuido de los dientes. En este caso, el miedo del paciente aumenta con el miedo que tiene el Odontólogo a manejarlo, porque el niño piensa precavidamente que, si el Odontólogo teme a realizar el trabajo, es porque debe de haber alguna razón para retrasarlo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No espe

re que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad; puede tardar años. Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para después, si es bueno que el niño acuda de visita al consultorio antes del día en que va a empezar el tratamiento.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al Odontólogo antes del tratamiento puede ser que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. Este método dá resultado con niños que aún no van a la escuela, y en menor medida, con niños mayores. Aunque una visita preliminar al Dentista es valiosa, la continua repetición del procedimiento no puede ser eficaz, a menos que se tenga que realizar algún trabajo dental en alguna de las visitas siguientes.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdenosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente. Aunque muchos Odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no solo es inadecuado, sino que lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en el sillón dental desea ganar la aprobación del Dentista. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan fuerte que le resulte imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve inde-seable. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de agresión a Dentistas u tratamientos dentales.

El producto final del ridículo no es disminución del miedo, sino aumento del resentimiento.

A los niños no les gusta ser diferentes y desean conformarse a patrones sociales. A los niños les gusta hacer las cosas que hacen otros niños o personas mayores. Aman participar en competiciones. Si se permite que el niño observe como se realizan trabajos dentales en otros, le servirán de reto. Observar a un hermano mayor a uno de sus padres en el sillón dental le dará más confianza que observar a un extraño, pero, como Ghose y sus asociados declaran, puede ser poco eficaz para niños de menos de tres años. Si el niño ve que se realice el trabajo sin dolor evidente, frecuentemente querrá, e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos. Muy a menudo saltará a la silla sin que se lo hayan pedido. En este entusiasmo existen peligros, si no observó expresiones de molestia en la persona que le precedió, pero descubre con sorpresa que a él le están haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilusión, y tal vez pierda completamente la confianza en el Dentista. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera.

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

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de porqué, no es muy eficaz.

Puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional, las flá

radas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficientes. Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No gaste energía diciendo al paciente que no debe de tener miedo sin darle primero razones para creerle.

B) La personalidad del Cirujano ante el Niño

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infundan confianza. Esto habrá de verificarse con la ayudante del consultorio, la recepcionista y la higienista, así como el Dentista. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más. Si un Odontólogo va a tratar pacientes infantiles, deberá de asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir --traumas. El Dentista también deberá de asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien y sabe como manejarlos. Si los auxiliares tratan en forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el Odontólogo disminuyen enormemente. Que el Dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda.

Cuando trata usted por primera vez a un paciente infantil, siem-

pre llámelo por su nombre de pila. Si no lo sabe pregúnteselo. Nunca le llame "muchachito" u otro nombre poco familiar. Cuando sea posible debe dirigir la conversación hacia el niño. Cuando tome el historial, pregunte de vez en cuando algo para que el niño consteste. Si forza usted al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente en lo que le va a pasar en el sillón dental.

Si el niño no ha tenido experiencias dentales, lo que va a pasar puede resultarle siniestro. El trato con el niño deberá de hacerse de manera normal y familiar.

No demuestre nunca exceso de entusiasmo ni sea demasiado insistente. No le de la mano a la fuerza ni le salude con voz demasiado elevada. Trate al niño con confianza en la voz y en los actos, pero de manera natural y cálida. Recuerde que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Actitudes y voces amistosas y naturales dan mucha seguridad, porque no sugiere nada desagradable en lo futuro.

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el Dentista, a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no le puede convencer con palabras, el Odontólogo deberá de acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera a abrazarlo. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies a manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que es usted suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente

para herirlo. Cuando el niño esta en la sala de tratamientos, puede tratarlo de manera antes descrita.

Si el Dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se trasmite a su paciente. Si el Dentista no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencia.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tienen importancia crítica con el comportamiento del niño. Sin embargo, no debe darse hora de visita a los niños que toda vía no van a la escuela durante el periodo normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta es generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar, lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene a la hora de su siesta, puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llaman pidiendo una cita, se especifique la hora de la siesta del niño y no se le dé cita a esa hora.

"La conversación del Dentista"

Quando hable a los niños el Odontólogo deberá ponerse a su mismo nivel de posición y conversación en palabras e ideas. No tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no puede comprender. Hablar demasiado confundirá al niño y le producirá desconfianza

y aprensión como cualquier otra cosa que no comprende. Utilice palabras sencillas y cotidianas que usen los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elija temas y situaciones que le sean familiares. Si, por ejemplo, habla de fut-boll con un niño pequeño, no discuta las reglas complicadas del juego sino hable de las experiencias personales del niño en el campo de juego. Deje que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si les habla como si fueran mayores. No utilice palabras de bebe con niños de 4 o 5 años. Los niños se sienten alagados si los adultos los consideran mayores de lo que son, hableles como si fueran ligeramente mayores. A casi todos le gusta que el Odontólogo hable de algo que les resulta interesante. Aleje sus mentes de los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que se está diciendo.

Siempre que se esté trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran respuestas si se tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por algunos cuantos minutos el tratamiento.

Atenciones al Paciente.- Cada niño deberá de recibir la atención completa del Dentista. Siempre trate al niño como si siempre fuera el único paciente que ve usted en ese día, nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en el sillón, ya que sus temores, aún no disipados por completo pueden agrandarse. Si tiene que abandonar la sa

la de operaciones aunque sea por un minuto, asegúrese de que está presente su ayudante. Sin embargo, si el niño está claramente atemorizado, es mejor que el Odontólogo no abandone en absoluto la sala. También es mala política transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, como puede ser la cirugía. Esto presentará una situación nueva al niño y causará ansiedad. Si le es posible, realice todo el trabajo necesario en el niño en la misma sala.

Darle a los niños a escoger, darles opciones.- Cuando un niño viene a sucesiones de terapia, este se enfrenta a miles de opciones. Como resultado, desarrollará una más grande habilidad para enfrentarse. Nosotros escogemos nuestra forma de darle al niño opciones. "¿te gustaría que contáramos tus dientes de arriba primero, o los de abajo?" "¿trataremos el lado derecho primero o el izquierdo?" "¿te gustaría que descansáramos por un momento o quieres que continuemos?"

Existen solo algunas oportunidades donde los sentimientos del niño pueden ser considerados y al hacerlo le están diciendo que sus sentimientos son suficientemente importantes para nosotros para ser tomados en consideración.

Uso de palabras que inspiran miedo.- El Odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiran miedo al niño. Muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de algunas palabras. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja o fresa", u sin embargo, no se

oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento.

Cuando se trate con niños deberán de evitarse engaños; pero cuando sea posible deberán de usarse palabras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen y usan diariamente. La sustitución exacta de palabras deberá de guiarse por la edad del paciente. Cada Odontólogo deberá de utilizar la selección que prefiera. En vez de palabras "inyección, aguja etc." podríamos decir: Vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como piquete de un mosquito. A todos los niños les pican los mosquitos. Saben que los piquetes de mosquitos son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En vez de la palabra "fresa", que para un niño significa hacer hoyos en un diente, dígame que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes. Al mismo tiempo haga correr sobre la uña del niño la broca grande de cono invertido explicando que la broca es llana y no puede penetrar en el diente. Addeleston demuestra el uso de una cuchara excavadora. Toma entonces una gran broca redonda y muestra que las hojas son como muchas cucharas, y por lo tanto, pueden hacer el trabajo más rápida y fácilmente. De este modo el Dentista ha informado al niño de lo que va a hacer sin que se produzca miedo. Si el Odontólogo considera que se va a infligir un dolor considerable, puede explicárselo de la manera que mencionamos anteriormente. Cuando se trata a niños es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer; pero evite asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

Uso de admiración, halagos sutiles, alabanzas y recompensas. En procesos de aprendizaje, el castigo y las recompensas son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del Dentista. Por lo tanto, que el Dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que éste se porte bien. Cuando el niño es buen paciente, dígaselo; esto impondrá una meta a su comportamiento futuro.

Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo. Por ejemplo en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, dígame que hoy se portó muy bien en el sillón dental.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño un regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende de paseos en caballito a modelos de yesos. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que reconozca su mérito.

Sobornos y el paciente.- Podemos decir categóricamente: Nunca soborne a un niño. Raras veces da resultados positivos el soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el Dentista no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación del Dentista.

Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. La línea divisoria es en realidad muy tenue. Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento. Recompensar es reconocer que hubo buen comportamiento después que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tienen lugar en la Odontología.

Ordenes contra sugerencias.- En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente. Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta a una situación. Al pedirle que haga algo, el Odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar. Si le da elección al niño, no puede considerar mal comportamiento el que rechace. Si le dice que obedezca una orden, no hay más selección que aceptar. Si se niega, su comportamiento se vuelve automáticamente inaceptable. Cuando ordene a un niño que cumpla sus deseos, se hará de manera agradable, pero decidida.

No dude en sonreír y gozar con su paciente; sin embargo, sea firme si la situación lo requiere.

TEMA VI

Aspectos que determinan al medio ambiente.

Como es probablemente que el niño entre al consultorio con miedo, el primer objetivo que deberá de alcanzar el Odontólogo será infundir confianza en el niño, y hacer que se de cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia. Si la práctica no esta limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que a la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar. Hágala comoda y cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar y no les resulta desconocido. Al hacer esto, superará gran parte de las sospechas que siente cada niño. Una de las maneras más sencillas de lograr esto es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Tenga disponibles sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer. Tenga a mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. Existen muy buenas revistas infantiles de las cuales el Odontólogo siempre debería de tener una suscripción.

Ponga una lámpara pequeña en la mesa con una pantalla interesante. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Un tocadiscos o una gravadora con sistema de amplificación dará consuelo a los niños asustados. Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificaciones deberán de ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él. Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido. Sugiera a la madre del paciente que tenga un hermano de 2 años de edad, que haga cita ahora para el futuro próximo ya que es el momento

indicado para la inspección bucal, instrucción en higiene bucal, profilaxis, y aplicaciones tópicas de solución de fluoruro en los dientes. Cuando trate con los padres, hágalos saber que es conveniente que el niño esté en contacto con el Dentista, y el valor que tienen los servicios dentales para preservar los dientes del niño.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno. Haga que la ayudante aprenda a hacer animales u otros objetos con bolas de algodón. Estos les resultará muy divertido.

Trate de evitar que los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente enervarán a los niños. Evite que los niños vean a estos pacientes, haciendo que salgan por otra puerta o programando todas las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

El cuadro o aspecto del consultorio dental es de capital importancia; así como sus alrededores y sus anexos agradables. La reacción del niño es en sumo grado notable; podemos tener también fuentes para beber decoradas de colores, representando animales que se cepillan los dientes; bonitos asientos, convirtiendo al niño de paciente asustadizo, en un animoso, propicio y optimista pequeño paciente, que tiene interés por el profesional, y en lo que éste va a realizar con él.

a) "Técnicas de reacondicionamiento"

A través del reacondicionamiento realizadas con la guta del Dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo a la Odontología, porque aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad. Con simpatía y tacto se establece la relación, y los procedimientos operativos se vuelven interludios, agradables, esperados con placer por el Dentista y por el niño.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente a la Odontología, y porqué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la Odontología, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se transforma en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta curiosidad. A todos les encantan los instrumentos nuevos. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y llena de gozo. Y que mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño. Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. El Dentista deberá explicar como funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de

cada accesorio.

Después de familiarizar al paciente con el equipo la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras o ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el Dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá de alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Hable de amigos, animales o de la escuela. Cuéntele lo triste que está usted porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre ambos una comprensión compasiva. Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, observe que también usted encuentra ese tema muy difícil. Explique que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando iba usted a la escuela. De esta manera, empezará a haber comprensión y confianza. El Odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escena y seguir siendo su amigo.

Ha llegado el momento de esbozar el tema del tratamiento dental. El Odontólogo puede observar que cuando era niño tuvo que ir al Dentista porque era necesario "componer" los dientes. Y que descubrió que la mejor manera de hacerlo era, por lo general, la más fácil, pero que usted no sabía cuál era la manera más fácil a menos que el Dentista se lo dijera. En este momento el niño estará generalmente receptivo para su primera adoctrinación de tratamiento dental

En la primera visita deberán de realizarse solo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene la historia. Se instruye sobre el cepillado de dientes. Se informa al paciente que van a cepillarse los dientes con la cepita de caucho con la que jugó antes. Se limpian los dientes y se les recubre con una solución de fluoruro. Se pueden tomar radiografías. Si se le permitió al niño que tocara y sintiera el motor no debería de haber grandes dificultades. Se puede explicar la unidad de Rayos X como una enorme cámara fotográfica, y la película como el lugar donde aparecerá la fotografía. Cuando el niño vea las fotografías reveladas, se enorgullacerá de lo que logró.

Es buena táctica de pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sean necesarios tratamientos de urgencia. El Odontólogo puede trabajar con el padre o la madre en la sala de operaciones o le puede pedir de que no esté en ella, según prefiera. Generalmente, se invita a los padres en la primera visita para que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante que tiene en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales. Se puede demostrar en este momento cómo se tiñen los dientes con eritrocina u otros agentes reveladores de placa antes y después del cepillado. Se podrá dar al niño y sus padres un período de adoctrinación más extenso si se dispone a este efecto una sala de educación con ayudas visuales y material de lectura.

Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia al consultorio dental por su primera visita sufriendo dolores y con tratamiento más ex-

tenso. En esta situación, como en todas, las demás, la veracidad del Dentista es esencial. Franqueza y honestidad serán rentables con los niños. Al niño deberá decirse de manera natural, que hay veces que lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicarse que si avisa cuándo le duele demasiado, el Dentista parará, o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse esto al niño antes de cada operación dental.

Si se manejan niños demasiados pequeños para comprender explicaciones difíciles, debe intentarse llegar a relacionarse con ellos por medio de conversaciones sobre objetos o acontecimientos de la experiencia personal del niño. Hable con voz agradable y natural. También muestre actitud natural y comprensiva. Sin embargo, es posible que tenga que trabajar con el niño llorando.

A veces los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en el sillón dental. Es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita constantemente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que se calle. En otros casos, puede dar resultado darle tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, todo Odontólogo reconoce que cuando la actitud de los padres no ha sido atinado o cuando se han inducido miedos indebidos en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria, en ese momento hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar "suavemente" la mano sobre la boca del niño, indicando que esto "no es un castigo" sí no un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir. "No debe intentarse bloquear la respiración bucal". Mientras el niño llora hablele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en su voz. Puede ser que la exhortación surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la Odontología. Es sorprendente lo eficaz de este método y como estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta que cuanto usted hizo fue para su propio bien. Generalmente se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es una medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados. Esta técnica requiere considerable habilidad.

b) Actitud del Cirujano Dentista ante los Padres:

Es muy raro encontrar una madre que lleva a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El Dentista puede hacer mucho por la educación de los padres, para que estos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres, será de gran consue

Lo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental.

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

Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios, o individualmente.

1. Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales con el Dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, qué es la Odontología y lo amable que va a ser el Dentista.

Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar la anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanza

do enormemente en el alivio del dolor en Odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la Odontología. Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad especialmente en expresiones faciales cuando llevan a su hijo al Odontólogo.

2. Instruya a los padres que nunca utilicen la Odontología como a amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.
3. Pida a los padres que familiaricen a sus hijos con la Odontología llevándolo al Odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El Odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo ddemos-traciones con el equipo.
Algun pequeño regalo al final del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.
4. Explique a los padres que si muestran valor en asuntos Odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una corre-lación entre los temores de los niños y los de sus padres.
5. Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar

niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

6. Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para reservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico el peor momento para traer al niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.
7. Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al Dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algun peligro.
8. Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer a el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan solo crea resentimiento hacia el Dentista y dificulta sus esfuerzos.
9. Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe combatir todas las impresiones perjudiciales sobre Odontología que pueden llegar de fuera.
10. El padre no debe de prometer al niño lo que va a hacer o no el Odontólogo. El Dentista no debe de ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que pueda hacer para el niño. Tampoco deberán de prometer los padres al niño que el Odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11. *Varios días antes de la cita se debe instruir a los padres, para que informen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al Dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.*

12. *Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del Dentista al llegar al consultorio. No es recomendable que pasen a la sala de tratamientos a menos que el Odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento deberán actuar tan solo como espectadores, invitados.*

TEMA VII

CONCLUSIONES

Se puede considerar a la Odontología infantil como uno de los servicios más necesitados, y sin embargo el más olvidado entre los servicios que presta el Dentista. Y a pesar de la gran importancia que tiene, algunos Odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la Odontología actual a y a las metas finales que han de lograrse.

El valor de este servicio nunca será lo suficientemente ponderado, ya que un tratamiento Odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales que hoy en día son tan comunes en la población adulta. Todo esto aunado a una serie de anomalías en la conducta de los niños originados o provocados por una gran cantidad de factores tales como: temores objetivos, temores adquiridos por pláticas de Padres, amigos, revistas, etc., tratamientos inadecuados realizados anteriormente, amenazas de llevarlos al Dentista como castigo, etc., dan como resultado tratamientos deficientes en los pacientes infantiles.

Es por lo tanto menester entender estos problemas para poder dar una atención y tratamiento perfectamente adecuado a cada paciente infantil, considerando a los niños como entidades individuales y nunca dar un trato general para todos los niños.

BIBLIOGRAFIA

Behavior
M. Michael Cohen
Pediatric Dentistry
Second Edition
The C.V. Mosby Co.
U.S.A.

Dr. Sidney B. Finn
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
Cuarta Edición

Ralph E. M.C. Donald
Odontología para el niño y el adolescente
Editorial Mundi 1975
Cuarta Edición

Georges Mauco
Educación de la Sensibilidad del Niño
Editorial Aguilar

John C. Brauer
Dentistry for Children
5th. Edition
Mc. Graw Hill Book Co.
U.S.A.

Jay A. Gershen, DDS
Maternal Influence on the Treatment of Dental
Phobia in Early Childhood
Journal of Dentistry for Children
1974

Richard Adelson Maring R. Goldfired,
Modeling and the fearful child patient,
Journal of Dentistry for Children.
1976