

1y
832



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
MARIA ESTHER RIVERA CORONA
MEXICO, D. F. 1980



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.

INTRODUCCION

CAPITULO I

CONSULTORIO DENTAL ODONTOPEDIATRICO

- a) Clasificación del Color
- b) Impresión sensitiva del paciente a cada color.
- c) Decoración: sala de espera, decoración pasiva y decoración activa.

CAPITULO II

AMBIENTE Y ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL EN UN

CONSULTORIO DENTAL INFANTIL

- a) Recepcionista
- b) Asistente
- c) Odontólogo

CAPITULO III

LA PSICOLOGIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

- a) Desarrollo de la personalidad
- b) Fases de desarrollo Psico-sexual.
- c) Factores Psico-sociales
- d) Patrones y manejo de la conducta
- e) Tipos psicologicos de niños y su manejo.

CAPITULO IV

TERAPIA DEL NIÑO

- a) Aspectos importantes para el tratamiento del niño.
- b) Terapeutica Farmacologica en el manejo del comportamiento.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Este trabajo está elaborado con el fin de conocer los aspectos generales en cuanto al comportamiento del menor frente al Cirujano Dentista.

Al realizar éste estudio sobre Psicología Infantil intento como primordial propósito exponer las bases necesarias que nos ayudarán a conocer cual es el trato más adecuado para estos pacientes.

La razón de haber escogido éste tema para mi Tesis Profesional, es mi interés en el niño, como paciente, así como también conocer el porqué de sus reacciones negativas y positivas.

Esperando que este trabajo cumpla con los fines que me he propuesto, lo expongo a la consideración y al juicio de aquellas personas y profesionistas, que tengan algún interés especial en conocer y recordar cual debe ser la postura ética y médica que debemos adoptar en la Odontopediatría.

CAPITULO I

CONSULTORIO DENTAL ODONTOPEDIATRICO

a) Clasificación del color

Referirse al color es referirse a la vida, y es referirse a la belleza.

El color proviene de la luz y ésta es la mezcla -- de siete colores, esto lo sabemos cuando observamos el arcoiris en el firmamento, cuando está lloviendo -- y hay sol éste envía sus rayos, que al pasar por partículas de agua, se descomponen en seis colores (rojo, anaranjado, amarillo, verde, azul, indigo y violeta). Cuando un rayo de luz llega a un objeto, éste puede absorber todos los colores y entonces se verá blanco. En cambio se verá azul ó rojo si absorbe todos los demás colores. Si no hay luz, todo se verá negro; es decir no se pueden ver los colores.

Metamerismo

Los objetos se ven de diferente color a la luz del sol, que a la luz de un foco. A cuantos de nosotros -- nos ha sucedido que al ir a una tienda iluminada con luz fluorescente escogemos dos prendas y creemos que son del mismo color, luego, cuando las vemos a la --

luz natural nos encontramos con la desagradable sorpresa de que resultarán de diferente color. La explicación de este fenómeno es que la luz fluorescente no contiene rayos de longitud de onda de uno de los colores constituyentes del color de la prenda.

Colores Primarios y Complementarios

No puede haber comprensión del color sin una explicación de lo que son y la importancia que tienen los colores primarios y complementarios.

De los colores primarios nosotros derivamos todos los demás colores y no pueden ser obtenidos por ninguna de las combinaciones ó mezclas de otros colores.

Los colores secundarios están formados por igual combinación de dos colores primarios, se llaman complementarios porque cuando se colocan uno al lado del otro parecen tener ilusión óptica. Sin embargo cuando se mezclan entre sí, el efecto es el opuesto, ó sea que tienen un efecto neutralizante, uno sobre otro.

Dimensiones del color

Las dimensiones del color son tres:

1.- Color: es la cualidad ó dimensión más fácil de -

comprender y es aquella por la cual distinguimos una familia de un color, de otra. Por ejemplo; el rojo - del amarillo ó el verde del azul y puede ser un color primario ó el resultado de una combinación de colores. Estos son simplemente los nombres dados a rayos de energía radiante con diferente longitud de onda. No obstante que el color puede ser intensificado ó disminuido, no puede ser cambiado a otro color, excepto por la combinación con un color diferente.

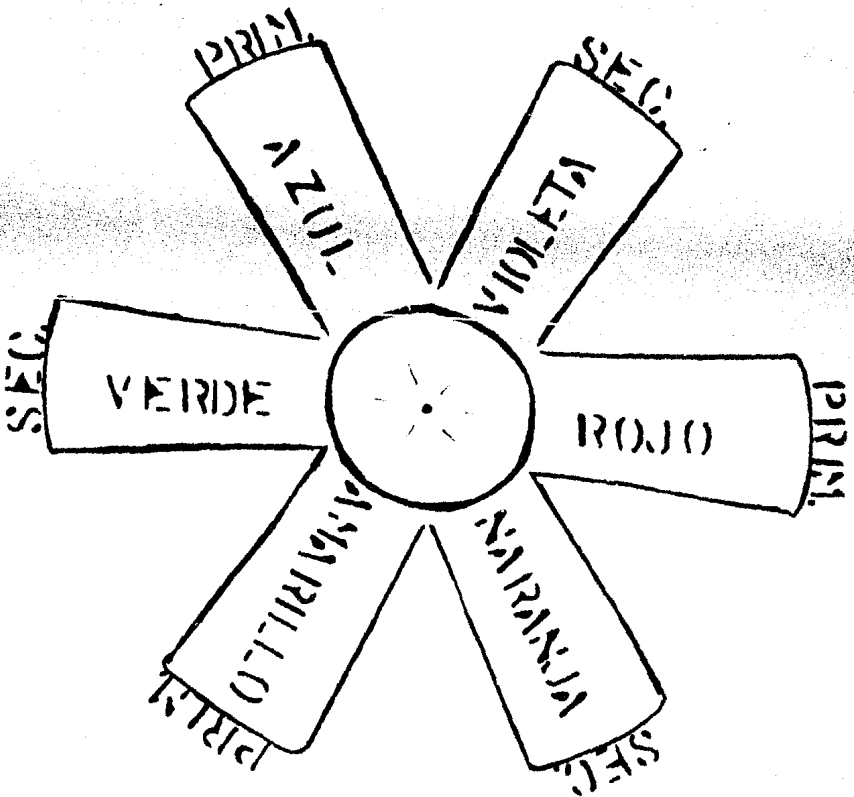
2.- Valor ó Brillantez; describe la cantidad de luz que un objeto de cierto color refleja ó absorbe; dicho de otra manera, es la cantidad de blanco ó gris en el color. El bajo valor se refiere a colores oscuros. El alto valor a colores claros. Ejemplos; Nosotros percibimos diferentes valores cuando vemos una televisión en blanco y negro. La escena está llena de color pero solamente la claridad u oscuridad puede ser transmitida, o sea diferentes intensidades de gris. Si los objetos que vemos tienen el mismo valor, percibiremos indistinguibles grises.

El valor es el factor más importante para igualar dientes. Un diente de alto valor no será gris y aparece con vida.

3.- Cromas ó Saturación: es la cualidad por la que se distingue un color fuerte de uno débil. El croma puede ser incrementado, neutralizado ó disminuido.- Un cierto rojo y un cierto rosa tienen el mismo color; sin embargo, el rojo tiene saturación más fuerte y por lo tanto tiene un alto croma. El rosa en cambio, es realmente un rojo diluido y tiene una baja saturación ó croma.

Si a una pintura roja se le añade una cierta cantidad de color gris el croma ó saturación irá disminuyendo, pero teóricamente será el mismo color. Si se sigue aumentando la cantidad de gris en la mezcla, empezaremos a percibir el color como un gris. El cambio del color rojo original dependerá del grado de valor del gris mezclado. Si es empleado un gris de más alto valor que el rojo usado, el color resultante será de igual color bajo croma ó saturación y más alto valor. Si un gris del mismo valor que el rojo es usado, solamente el croma será afectado, disminuyéndose. Si un gris de más bajo valor es usado, el croma y el valor disminuirán, pues ya vimos que si el valor del gris es alto, el valor aumentará.

DIAGRAMA No. 1



PRIMARIO = PRIM
SECUNDARIO = SEC

En esta primera parte se ha tratado; el origen del color, Metamerismo, Colores Primarios y Secundarios y Dimensiones del Color.

La segunda parte del tema tratará la forma de aplicar el color en el consultorio dental de acuerdo a la impresión sensitiva que más favorezca a nuestro paciente.

b) Impresión sensitiva del paciente a cada color

Un estudio de los organos de los sentidos es indispensable para el correcto entendimiento de los fenómenos de la sensibilidad, base misma de todos los hechos de la vida psíquica.

Las distintas propiedades de las cosas (mundo externo) constituyen otros tantos estímulos ó excitantes, capaces de modificar la actividad del ser orgánico.

La vista es el sentido que capta las cualidades luminosas en los objetos, como forma y color así como su situación en el espacio. El objeto propio de la vista es, entonces, la sensación luminosa, producida por la luz y los colores, siendo éstas modificaciones de la luz.

La diferencia entre los distintos colores, que no son otra cosa que las diversas sensaciones visuales,-

radica en la frescura y magnitud de las ondas.

Cada color causa dentro del sistema nervioso una impresión diferente, como puede ser: tranquilidad, - alegría, etc.

A continuación iré mencionando cada uno:

Blanco: este color hará sentir a nuestro paciente en - un ambiente de orden, limpieza, luz y confianza

Verde: le dará tranquilidad y frescura.

Amarillo: este es un color de primavera y sol, indica - do en climas fríos, es alegre y da luz.

Rojo: este color además de ser también caliente, -- causa excitación y nerviosismo.

Naranja: este color transmite alegría, buen humor - y hace sentir confortable y feliz al paciente.

Azul: este color es frío, recomendado en climas cá - lidos, teniendo en cuenta que es también un color tris - te.

Violeta: color frío, pero a diferencia del anterior, es que éste es alegre, puesto que es más claro

Negro: color serio y elegante, indicado en salas de - espera de adultos, nunca en niños, ni en unidades den - tales.

c) Decoración

Después de haber analizádo que es el color y que impresión causa en nuestro paciente, podremos indicar cual es la mejor forma de decoración de un consultorio infantil

Sala de espera

La sala de espera tendrá la finalidad de motivar a los niños y a sus padres para que desarrollen un sentido de responsabilidad respecto a la salud dental colocandó en los muros carteles con mensajes preventivos.

Una pecera es siempre fuente de entretenimiento la cual puede ser colocada en la sala.

Otro entretenimiento muy positivo y activo es colocar un pizarrón con gises de colores para ser usado por el paciente, así como también una mesita infantil donde los niños puedan colorear ó hacer sus tareas.

Además del cometido de hacer agradable la permanencia del niño en el consultorio dental, se demostrará a los padres que nos preocupamos y estamos en la mejor disposición de que el niño se sienta contento y confie plenamente en nosotros para el cuidado y prevención de su salud dental.

Dentro del consultorio dental, es decir en la sala de operación, que consta principalmente de unidad e-instrumental, así como piezas de mano. También es importante la decoración y para una mejor explicación de lo que obtuve en mi investigación lo divido en dos tipos de decoración: Activa y Pasiva.

Decoración Activa:

Esta indicada en niños tímidos, muy pasivos, introvertidos y con los cuales es difícil un mutuo acercamiento.

Los colores siempre serán muy fuertes, para llamar su atención, como el naranja, amarillo, verde y blanco. (el rojo nunca se aconseja), es muy favorable colocar posters o tapices alegres como pueden ser por ejemplo de animales como: elefantes, jirafas, ositos, perritos, ratones, conejos, estas especies de animales favorecen psicológicamente al niño.

Y por el contrario, nunca se pondrán especies de animales como: el gato, león, arañas, serpientes y reptiles en general ya que afectarían la actitud del niño provocándole miedo.

Los muebles serán sencillos, tratando siempre de

trabajar con todo el instrumental atrás del paciente, -
de manera que éste, sólo tenga la luz frente a él.

Decoración Pasiva:

Esta decoración por el contrario es para niños de
masiado activos, alegres, inquietos; ya que será de -
corado con el fin de que se tranquilice y esa actividad
o exceso de alegría disminuyan y podamos trabajar me -
jor.

Los colores serán pastel en tonos rosa, azul, ama -
rillo claro y blanco. Los muebles lo más sencillo po -
sible , ya que el más mínimo rebuscamiento será un -
pretexto del niño para distraerse o iniciar un diálogo
que nunca llegará a su fin.

En un consultorio Infantil sería muy favorable te -
ner éstos dos tipos de decoración, ya que se deberá -
tener presente que el aspecto del consultorio no va a
controlar la conducta de nuestro paciente, pero si -
puede ser de gran importancia la influencia que ejerza
sobre su estado de ánimo.

CAPITULO II

AMBIENTE Y ORGANIZACION DEL PERSONAL EN UN CONSULTORIO ODONTOPEDIATRICO.

a) Recepcionista

La primera impresión que recibe el niño al entrar a la sala de recepción debe ser un ambiente agradable y de cordialidad por parte de la recepcionista, ya que es la primera persona con la que el niño tiene el primer contacto.

Esta debe ser amistosa, de preferencia joven y con un gusto especial por los niños, pues siendo así podrá otorgar al niño una mayor tranquilidad y confianza.

En el momento en que el padre establece el contacto inicial por teléfono, la recepcionista debe proyectar el auténtico interés del personal del consultorio por el niño paciente. Una manera de lograrlo consiste en ofrecer información amistosa y correcta a las preguntas de los padres. La recepcionista debe tener conciencia del valor crítico de esta conversación inicial entre el padre y ella, pues ella represen

ta al odontólogo.

Una voz telefónica amistosa transmite una sensación cordial a los padres e identifica el interés del consultorio odontológico por el futuro paciente niño. Hablará con dición clara, expresándose en un tono natural y modulado y conversará expresándose también de manera eficiente pero sin apuros. La indecisión, las respuestas abruptas, el atolondramiento y las contestaciones confusas provocarán un rechazo paterno hacia la convivencia de que en ese consultorio sea prestado un servicio a su hijo. Si la recepcionista planea una sesión ó registra un pago cuando telefonea otro padre, debe contestar inmediatamente, pero pedirá a quien llama que espere un momento, al volver al teléfono, agradecerá al que llamó la cortesía de haberla aguardado.

La conversación telefónica entre la recepcionista y una madre brinda información importante acerca del nivel de comprensión sobre salud dental por el lado paterno. Las preocupaciones principales de los padres y posiblemente sus angustias por la atención odontológica, a menudo resultan evidentes durante la conversación inicial.

El nombre y el número de teléfono del nuevo pa -

ciente, además de la dirección edad y nombre de la -
persona que recomienda al dentista deben ser regis -
trados en una pequeña agenda de hojas sueltas y orden
alfabético . Además de registrar la información bási -
ca, se podran anotar las preguntas ó comentarios sig -
nificativos de los padres en la agenda del paciente --
nuevo. Este fichero cómodo de pacientes nuevos pro -
porciona una referencia accesible para registrar in -
formación en la ficha en el momento de la primera vi -
sita del niño al consultorio.

La orientación de los padres en la elección de la
hora más conveniente para la cita de su hijo exige que
la recepcionista esté preparada con información que -
justifique la decisión. El deber de la recepcionista -
de regular el plan de citas es un requisito esencial en
la administración eficiente de un consultorio para niños.
El ofrecimiento de otras alternativas de citación refleja
una considerada preocupación por los demás quehaceres
de los padres y los guía para que acepten una citación fa -
vorable para la política a tal efecto.

Son los padres quienes autorizan el tratamiento y
supervisan los cuidados del niño en el hogar; por lo -
tanto, en cada sesión habrá dos personas que considerar
el padre y el niño.

Las políticas del consultorio y las comunicaciones educativas para los padres deberán estar descritas con detalle en un manual de procedimientos y delegados en el miembro del personal auxiliar apropiado. Esta delegación de responsabilidades requerirá inicialmente una inversión significativa de tiempo del odontólogo para un programa detallado de adiestramiento para el consultorio. Pero esta inversión inicial producirá un beneficio compensador de mayor servicio de salud al paciente y al padre.

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 el 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 planen otra sesión con un determinado odontólogo puede ser comparada con un principio de la promoción de ventas. El manejo de las ventas valoriza 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, con esto quiero decir, que - hay que tener mucho tacto en la cuestión monetaria, - el odontólogo deberá instruir a su recepcionista la me - jor manera de realizarlo, pero nunca el profesionista deberá tratar los asuntos de dinero.

Mientras los padres y la recepcionista están sen - tados cómodamente en la oficina, ésta completa la in - formación básica y la historia de manera eficiente y - cortés . El interés sincero y significativo de la re - cepcionista por el niño proyecta un sentimiento simi - lar sobre todo el personal del consultorio.

Ciertos problemas potenciales en el manejo del - niño, relacionados con actividades de temor ó desa - fiantes, podrán ser muy aliviados por el dialogo ini - cial de la recepcionista y el manejo eficiente del pa - dre.

La identificación del grado de temor paterno a la - odontología puede ayudar al odontólogo y a su perso - nal a prepararse para las reacciones del niño a los - puntos dolorosos y a los procedimientos odontológicos en general.

Segunda Sesión

Durante la consulta, en la segunda sesión, la recepciónista puede orientar eficazmente la opinión de los padres respecto a las necesidades odontológicas del niño. Valiéndose de las notas resumidas del plan de tratamiento bosquejado, la recepciónista puede explicar en términos fáciles e inteligibles las observaciones del odontólogo y sus recomendaciones. Otra ventaja de la presentación de la recepciónista es que proporciona una oportunidad de expresión sin restricciones para los adultos, quienes así pueden transmitir ideas y preguntas al personal que no harían fácilmente al odontólogo.

La interpretación de la recepciónista 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.

El manejo de la consulta inicial del caso con los padres, para que sea adecuado, requiere un programa de adiestramiento de la recepciónista, la cual deberá ser instruida en los diversos tratamientos. Deberá ser calificada y probada con sesiones de práctica en su capacidad para informar a los padres sobre la salud dental de los hijos y en su eficacia para responder las preguntas.

Selección del personal auxiliar

La selección del personal que ayudará en el manejo de los niños debe incluir una consideración de sus aptitudes particulares, además de establecer que la solicitante posee las cualidades usuales deseables de personalidad y buen carácter. El personal debe comunicarse con los niños de diversas edades mediante uso del vocabulario y los temas de interés apropiados. - No todas las personas desean desarrollar una relación así, en especial con prescolares. Los miembros del personal deben ser capaces de mantener una comprensión objetiva y una orientación tranquila para los diferentes tipos de conducta presentados por los niños. Toda persona de un consultorio donde se atiende a niños deberá poseer una madura actitud emocional que respete al niño y clasifique las ocasionales observaciones insultantes de los pequeños como expresiones de la situación antes que como algo personal.

El personal auxiliar debe ser también antes que nada capaz de tomar una actitud tolerante y objetiva respecto de una conducta paterna perturbadora.

Después de una selección preliminar, las aspirantes que parezcan tener cualidades aceptables para

el análisis del cargo pueden ser invitadas a observar los procedimientos del consultorio en un día.

Esta política permite no sólo a la empleada potencial proyectarse en la operación del consultorio sino también brinda al odontólogo y su personal la ocasión de reevaluar a la solicitada bajo condiciones de stress. Un trabajo de prueba suele dar oportunidad de evaluar el interés y la madurez emocional del personal que ayudará en la atención dental.

Se puede requerir un tiempo significativo para adiestrar a las asistentes para la conexión psicológica especial para conducir al niño con experiencia limitada a través de los diversos procedimientos, en forma placentera. El personal recibirá instrucciones sobre las diversas reacciones de comportamiento del niño ante la atención odontológica. El personal deberá aprender a reconocer las razones de las reacciones desfavorables ocasionales de los niños ante la experiencia odontológica. Los períodos breves de empleo pueden resultar costosos para el consultorio y representar una mala inversión en tiempo y energía.

La elección de las políticas y procedimientos para el niño paciente y la decisión del método y administración son responsabilidad del odontólogo.

Sin embargo, el odontólogo debe promover una actitud de confianza recíproca con el personal de su consultorio. Una relación tranquila entre el odontólogo y su personal exige una comprensión mutua y definida de los deberes asignados y del cumplimiento esperado. El manual de procedimientos de cada miembro del personal deberá contener la política del consultorio en relación con las enfermedades del personal, el aspecto esperado y la conducta deseada, un calendario de los días y horas laborales, las vacaciones y un bosquejo de los deberes cuando no haya pacientes en el consultorio.

b) Asistente

Cuando el niño pasa a la oficina privada ó consultorio empezará, el trabajo de la asistente, y tanto el odontólogo como la asistente deberán recibir al paciente. Después que el odontólogo y la asistente hayan saludado al niño en una atmosfera no clínica, como es el escritorio del doctor, y hayan platicado con el, la asistente puede ayudar a crear un clima de naturalidad y amistad hacia el niño en el consultorio. Puede además preparar al niño y ahorrar el tiempo del dentista explicándole el uso del dique de goma y la sensación esperada después de un anestésico local.

Donde las leyes odontológicas estatales no sean restrictivas, la asistente dental entrenada podrá ahorrar al odontólogo un tiempo significativo mediante la colocación del dique de goma en un niño, mientras el odontólogo examina a un paciente ó consulta con un padre.

La asistente deberá refrenarse de conversar con el niño durante las instrucciones del odontólogo al paciente; sin embargo un equipo experimentado de odontólogo y asistente puede crearse un libreto psicológico de palabras bien elegidas para guiar al niño durante los procedimientos indicados.

La experiencia práctica apoya rápidamente la premisa de que la asistente fija contribuye a la eficiencia del tratamiento en proporción con la continuidad de su permanencia junto al sillón, no sólo desperdicia movimientos y tiempos, sino que también reduce su eficiencia porque una vez interrumpidos los procedimientos, se requerirá un tiempo adicional para que vuelva orientarse en determinado paso del procedimiento. También se reduce la eficiencia del odontólogo porque distrae su vista del punto de trabajo hacia la bandeja de instrumental con el fin de mantener la continuidad en el procedimiento. La economía de movi-

mientos puede ser reforzada en el agrupamiento y al maceramiento de los instrumentos y materiales de acuerdo con su uso al alcance de la posición sentada de la asistente fija.

La disponibilidad organizada de los instrumentos y la prestación del tratamiento están apoyadas por la limpieza y esterilización de conjuntos múltiples pero separados de instrumentos con intervalos específicos durante el plan de tratamiento.

La colocación de restauraciones de amalgama en niños puede ser acelerada haciendo que la asistente dental coloque las porciones de amalgama directamente en la cavidad.

La delegación en la asistente de todos los deberes de apoyo del procedimiento restaurador darán por resultados una eficiencia muy incrementada al trabajar con los niños más cooperativos. El valor incrementado de la delegación de estos deberes es aún más evidente cuando el comportamiento del niño se desvía de lo ideal.

Hacia el término de la sesión, el doctor puede darle a la asistente fija los detalles del tratamiento realizado; cantidad de anestésico utilizado, ubicación del tratamiento, estado de los tejidos, materiales es

pecíficos utilizados, y la identidad de cada procedimiento ejecutado, así como detalles de la conducta del niño.

La asistente puede efectuar una contribución sobresaliente a la atención odontológica del niño. Ella podría aclimatar al niño a los instrumentos odontológicos y los procedimientos iniciales.

Si la asistente ha de poner en acción ese potencial de ayudar al niño a desarrollar su confianza y ayudar al odontólogo a tratar al niño, necesitará un conocimiento general de , como pueden reaccionar los niños.

La ejecución de una limpieza dental puede ser un paso importante en la introducción ó reacondicionamiento del niño a los procedimientos de salud bucal. En tanto que el odontólogo esté trabajando en restauraciones ó en consulta con otros padres, la asistente puede efectuar eficazmente una limpieza al pequeño. La eliminación de todos los residuos de los dientes es un requisito para el examen eficiente de la dentadura.

La limpieza de los dientes debe ser considerada una de las experiencias más placenteras de la atención de la salud así como también irá aclimatando y dando confianza al niño.

Preparativos de la Asistente

En tanto que el odontólogo examina al paciente en el consultorio de la asistente, una asistente libre de supervisión de los niños dará prioridad máxima a los preparativos para el siguiente paciente por tratar. En la mayoría de las instancias, el plan propuesto de tratamiento puede ser registrado previamente en la hoja diaria de trabajo y los instrumentos preestablecidos serán dispuestos a mano por la asistente. El manual de procedimiento provisto a la asistente deberá numerar los artículos requeridos generalmente para los diferentes tratamientos. Antes de ubicarse el odontólogo junto al sillón, la asistente efectuará la adaptación correcta de la luz dental y la reubicación del niño muy emotivo.

La ayuda prestada junto al sillón y la colaboración con el odontólogo en los procedimientos que directamente involucran al pequeño paciente constituyen una prioridad en la comprensión de la economía correcta efectuada con la asistente. Una de las ayudas más valiosas que junto al sillón puede prestar la asistente durante la atención odontológica es la entrega discreta de la jeringa de anestesia local.

La coordinación precisa del momento en que la asistente pasa la jeringa al odontólogo puede reforzar la presentación psicológica de la inyección. Estando alertas, la asistente puede estar lista para con una moderada restricción ayudar a proteger al pequeño paciente contra sí mismo, éste tomará una súbita decisión de revelión.

La supervisión estrecha del niño discapacitado podrá ayudar a prevenir la interferencia por movimientos reflejos ó respuestas irracionales durante una inyección ó procedimientos de operatoria dental.

c) Actitud del Odontólogo

La psicóloga Jenks ha sostenido que aunque la función primaria del odontólogo es efectuar el tratamiento dental necesario su campo no deberá estar limitado en la eficiencia técnica. Por el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo, puede hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación. Más aún la odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar. El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede en su torno. El niño se muestra capaz de confiar en-

el odontólogo y de responderle, y demuestra confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación. El odontólogo que limita su ejercicio profesional a los niños ó el odontólogo general que incluye muchos niños en su practica, escucha a menudo la pregunta "¿Porqué le interesa tanto esta face de la odontología?". Muchos suponen que es por un genuino gustar de los niños. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio odontológico, y ese amor por las criaturas debe ser evidente en todo momento. Pero más importante aún es el deseo de cumplir un verdadero servicio de salud. El odontólogo que incluye una gran cantidad de niños en su práctica lo hace por que comprende y aprecia la importancia de salud dental, para el niño. Esta face del ejercicio profesional probable que le presenta un desafío mayor que algunas otras; además, puede apreciar los beneficios a largo plazo de una atención temprana y adecuada. Además se da cuenta de que --prestando atención dental a los niños reducirá el acúmulo nacional de necesidades dentales a un volumen manejable en el futuro, en particular si su tratamiento abarca la odontología preventiva en su aspecto más amplio.

Hay veces en que cualquiera que atiende niños sentirá inseguro en el manejo de determinada criatura. Es más probable que esta inseguridad se presente cuando uno se enfrenta con un problema con el cual no está familiarizado. Es por esto que el hombre que incluye niños a su ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y debe familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar. Quizá la inseguridad debe ser aceptada como parte del ejercicio de la odontología moderna. Los odontólogos deben comprender sin embargo que existen debilidades en sus conocimientos y que no deben contar con la respuesta para todos los problemas relacionados con el manejo del niño. Por supuesto esto es cierto en todos los terrenos de la atención del niño y la comprensión de éste hecho ayudarán a quien quiera que proporcione un servicio de salud para los niños y así superar un ocasional sentimiento de inseguridad. Es muy importante que un odontólogo comprenda la conducta del niño. Sólo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y su propia reacción de cada uno ante los problemas del consultorio dental. Al estudiar la conducta del niño captará que

el control del pequeño ó su orientación durante la si-
tuación odontológica se desvía con frecuencia del es-
quema fijo. Es difícil, ó hasta imposible, para un o-
dontólogo decirle a otro como debe proceder ante un-
determinado problema de conducta. Las reacciones-
de un niño diferirán y, por cierto el enfoque del odo-
nólogo diferirá de vez en cuando. Es importante que-
éste comprenda que si pierde el control de la situación,
no necesariamente ha de ser un reflejo de sí mismo-
Puede no haber tenido tiempo suficiente para diagnos-
ticar la etiología de la conducta anormal. El fracaso
en una instancia puede no significar más que el odo-
nólogo debe reconsiderar el problema ó que debe em-
plear un enfoque distinto.

Es sumamente importante que el odontólogo apren-
da a enmascarar su reacción emocional ante una deter-
minada situación. Hasta el niño más pequeño puede-
captar rápidamente la indecisión ó la angustia. Al --
aumentar la aprensión del odontólogo se reflejará en-
el niño. El dentista no debe mostrar jamás ira, --
cualquiera que sea la provocación. De hecho será útil
que pueda enmascarar cualquier tipo de involucración
emocional y que cree una atmósfera de comprensión-
al parecer controlada.

CAPITULO III

LA PSICOLOGIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

a) Desarrollo de la Personalidad.

El concepto de que el hombre es un todo afirma - que éste es una entidad, un organismo indivisible . El hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí ó que funcionan de manera independiente, sino que cada uno es parte esencial e integral de un todo que contribuye e influye sobre el todo. Así, tanto los - efectos de la enfermedad como los del tratamiento - no quedan nunca limitados a la porción interesada, si no que afectan al enfermo en su totalidad.

Los cambios en una parte no sólo afectan al orga- nismo entero, sino que éste ejerce una influencia re- cípoca y dinámica sobre todas sus porciones consti- tuyentes. Las partes no son entidades distantes que- se encuentran ó funcionan en un espléndido aislamien- to, fuera de la influencia ó de el control del todo; los procesos dinámicos que acontecen en el organismo lo afectan plenamente.

El "todo, empleado aquí se refiere al núcleo cen- tal " del hombre, ó sea su personalidad es en ella que el hombre logra su integración final y su plenitud.

En la personalidad se enlaza la vida y cobra di --

rección la actividad del hombre, se abarca la calidad total de un individuo la estructura orgánica, la integración de su modo de ser y comportamiento. Sin personalidad no existe el ente humano, sólo su cuerpo como una organización refleja. La desintegración de la personalidad destruye al ser humano a pesar de que la vida misma pueda persistir.

El punto de vista en el cual se destaca la totalidad del hombre en realidad subraya la importancia básica de la personalidad en donde existe la totalidad mencionada. Cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre nos referimos a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y al tratamiento; una respuesta basada en el sentido y en el significado.

Por lo tanto, el buen odontopediatra ha de tomar muy en consideración la personalidad del paciente, su papel en la enfermedad, respuesta e influencia del tratamiento sobre ella.

"Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente; si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos".

Las posibilidades de éxito o de fracaso están en-

parte contenida de los genes de las células reproductoras. Cada niño posee un patrimonio hereditario, verdadero y biológico que le es propio.

El porvenir del hombre depende de la calidad de éste patrimonio hereditario y su conservación tendrá para los médicos del mañana la misma importancia que tenía para los médicos de ayer la lucha contra la infección.

Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los hombre, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia, desde la concepción hasta el fin de la pubertad. En cada una de éstas, existen necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante. Si estas necesidades no son satisfechas, se originan graves perturbaciones, en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y desarrollo del organismo.

A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad. Los sentimientos y actitudes que se muestran en relación al nacimiento del ni-

ño , son factores que influirán en su ambiente.

Se considera a la madre como una fuerza ambiental predominante; sin embargo conforme el niño va creciendo se produce un cambio en su comportamiento que afecta en su interior y que pudo haber sido observado al poner de manifiesto su individualidad a temprana edad, tendiendo a conservar durante la niñez las características de la personalidad que mostraba cuando era infante, ó bien los rasgos de ésta, pueden atribuirse a la herencia ó a los factores determinantes del medio ambiente en el que se desenvuelven.

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos afectivos con personas tales como educadores, padres, dentistas, médicos etc. que deben conjugar su esfuerzo para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo en continuo movimiento. Estas necesidades son similares para todos los niños del mundo, desde un punto de vista cualitativo, pero se combinan y se asocian de diferente manera en el tiempo y en el espacio. Básicamente se pueden clasificar en necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales.

Los impulsos agresivos de la vida emocional, son algunos de los aspectos que el niño tiene que afrontar por sí mismo. Muchas muestras de inadaptación se-

observan ya que se inquietan seriamente limitando así su forma de vida. Una característica que manifiesta al niño que sufre desajuste en su personalidad se presenta cuando sus esfuerzos para resolver las dificultades del presente son parcialmente anulados por los efectos emocionales por los problemas no resueltos en el pasado.

Tipos de Personalidad

Conocer a una persona, significa conocer su personalidad asimismo, entender a una persona significa entender su personalidad.

La personalidad es la caracterización ó el patrón estructurado de la conducta, y el patrón particular de conducta que exhibe un enfermo dado sugiere a que tipo de personalidad puede pertenecer.

Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente ó identificar algunas características, de su comportamiento. Sin embargo es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente al campo profesional ó sea, en el caso del Cirujano Dentista a la cavidad bucal y dientes. El dentista debe observar al paciente en su totalidad examinando -- sus acciones, comportamiento, lo que dice su modo -

de vestir, aspecto personal, como se expresa, etc.-

Existen diferentes tipos de personalidad, básicas e importantes que el clínico debe saber reconocer. - El clínico debe también comprender la conducta y -- reacción de los individuos que pertenecen a uno de los tipos básicos de la personalidad.

Personalidad Bucal

El individuo con éste tipo de personalidad, confie re un valor emocional exagerado a la boca y a sus fun ciones. Para él siguen siendo una fuente importante de placer y el medio para aliviar su estado de tensión. Por lo tanto, para éste tipo de personalidad las funcio nes de comer, beber, masticar y morder serán el- objeto de grandes preocupaciones.

Generalmente son personas obesas, impacientes- que toleran mal cualquier frustración y, aunque pare- cen simpáticos, y amigables, su humor puede cambiar rápidamente, volviéndose mordaces, sarcásticos, exi gentes e irracionales. Este tipo de enfermos toleran- mal cualquier pérdida y cae fácilmente en un estado- de depresión.

El paciente con personalidad bucal está inclinado-

a experimentar tensiones bucales exageradas que lo llevarán a presentar quejas injustificadas ó a pedir cuidados que en realidad no son necesarios.

Personalidad Compulsiva

Las características dominantes de éste tipo de personalidad son el perfeccionamiento y la rigidez.

El individuo clasificado en éste grupo es formal, puntual, meticulado y preocupado por los detalles; su perfeccionismo e inflexibilidad hacen que sea reactivo a cualquier cambio. Las repetidas exigencias para estos pacientes de hacer modificaciones en la oclusión, en la prótesis parcial fija ó removible, llegan a veces a desorientar al dentista, aunque éste procura fijar, ajustar ó equilibrar la oclusión, el paciente sigue descontento considerando que algo en su boca está todavía fuera de equilibrio. Si el dentista no reconoce con que tipo de personalidad está tratando su trabajo se hará interminable, corrigiendo siempre problemas aparentes, cuando en realidad se trata de un problema de personalidad. Este tipo de pacientes puede incluso necesitar un tratamiento psiquiátrico.

Personalidad Paranoide-Esquizoide

Las principales características de éste tipo de -

personalidad son, comportamiento receloso, desconfianza y emotivamente frío. Es difícil de ganarse la confianza de éstos pacientes ó establecer relaciones amistosas con ellos. También son frecuentes las manifestaciones de ira sin causa, de crítica y de reprobación. El tratamiento de éste tipo de personas debe realizarse con prudencia y sumo cuidado.

Personalidad Histérica

El paciente suele ser emocionalmente inestable--inclinado al histrionismo y a dramatizar todas las --situaciones, es sugestionable y posee con frecuencia-- una gran imaginación. La coquetería y la vanidad son rasgos habituales; la preocupación por la apariencia va unida a un exceso de adornos en el vestir. Las fobias y un estado de angustia consciente son también característicos. Los enfermos con personalidad histérica pueden ser hipnotizados con facilidad y responden perfectamente a una actitud firme y segura del dentista.

Psicoanálisis de la Personalidad

La estructura de la personalidad consta de tres partes; el (ello) que existen desde el momento del nacimiento; éste es el depósito inconciente de los instin

tos que tienden a las satisfacciones de los impulsos.

El recién nacido no se diferencia a sí mismo de su madre, ni de los objetos que lo rodean, conforme crece y se desenvuelve, constituye un núcleo primario ó puro de un ego (yo) en torno del cual sus experiencias son integradas y que va creciendo, extendiendo y ganando mayor conciencia sobre él.

El yo unifica nuestros actos, nuestras memorias y nuestros proyectos, es además el receptor de los cinco sentidos, controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión. Una de sus principales funciones es la formación de los mecanismos de defensa. Sólo mediante el Yo es posible que tratemos ó logremos alcanzar metas definidas e intentamos vencer los obstáculos que se oponen a nuestros propósitos.

Entre el id (el) y el ego (yo) se encuentran los límites de lo consciente y lo inconsciente. La división entre ambos no está bien definida en el niño, pero a medida que éste crece, el ego se desarrolla más estableciéndose una separación con el id.

El superego es la correcta distribución del id y el ego, actuando como censor de la aceptabilidad de pensamientos sentimentales y conducta. Esta parte de la personalidad sirve a los padres del niño para normar su comportamiento en los primeros años de la vi

da.

La estructura del superego no principia sino hasta la edad de tres y cuatro años haciendo cada vez más importante sobre acciones, pensamientos y sentimientos.

b) Fases de desarrollos Psico-sexual

Los niños pasan por cinco fases de desarrollo psicosexual que a continuación se mencionan:

1.- Fase Oral

En el lactante, los impulsos a succionar, son predominantes la excitación de la boca y de los labios es en sí misma placentera; por lo tanto la principal fuente de placer es la boca. Posteriormente al iniciarse la dentición el placer en morder puede subordinar y reemplazar el de succionar.

2.- Fase Anal

Durante ésta fase, el niño siente interés hacia sus excrementos. Si las demandas de los padres con respecto a la limpieza y regularidad son exageradas durante la época en la que se enseña al niño a controlar sus esfínteres; desarrollará aptitudes de obstinación y terquedad que representan sus esfuerzos para afirmar su anatomía. Por que uno de los rasgos de esta

fase sea la resistencia a lo que se considera la intrusión de otras personas en la vida privada.

3. - Fase Genital ó Fálica

Cubre aproximadamente la edad comprendida entre los cuatro y los seis años. El niño comienza a diferenciar la anatomía de sus sexos. En esta fase se puede presentar el complejo de Edipo, que es el encauzamiento semi-inconciente de posesión hacia el sexo y rivalidad hacia el padre, algunos niños no logran desarrollar sentimientos sociales si son capaces de descartar los impulsos primitivos antagónicos al mundo exterior.

4. - Fase de Latencia (Preadolescencia)

Freud la describe como una tregua entre el id y el ego que marca, el final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

La situación del adolescente es difícil ; destigado de su pasado, inconforme con su presente e ignorante de su destino tiene que encontrarse a sí mismo, así como su camino en la vida. Duda de su capacidad para proyectar su yo en el futuro. Necesita pues elaborar el nuevo concepto del mundo así como de los valores e ideas y tradicionales aprendidas en la infancia ya que ahora se someterá a un juicio personal a indi-

pendiente, que estará en gran medida de acuerdo a su capacidad para desarrollar procesos de pensamientos.

5.- Fase Adulta

Esta fase comienza cuando el adolescente ya ha cambiado y está más seguro de sí mismo ó sea es cuando se convierte en un ser adulto, y ésta fase no termina hasta cuando, entramos a la etapa senil y volvemos a hacer los niños del ayer.

En el siguiente diagrama No. 2 se presenta el ecosistema donde nace, crece y se desarrolla el niño; el ambiente, el medio social que por procesos permanentes de interacción sobre lo personal y genético, actúan modelando su personalidad, socializándolo a través de la familia, de la escuela y de otras instituciones sociales. La miseria, desnutrición, el abandono, etc. -- actúan como fuerzas negativas que cuando no producen la muerte, afectan su salud física y mental produciendo toda clase de desajustes físicos y psíquicos y planteando graves problemas para su desarrollo.

Según Karen Horney, el niño carente de asistencia y protección del adulto normalmente representada por la familia iniciará en ésta fase el conflicto ansiedad básica, esto es la sensación que el niño tiene de estar sólo e indefenso en un mundo potencialmente hostil.

Diversos factores ambientales pueden generarle -

esa inseguridad; dominación directa e indirecta, indiferencia, comportamiento caprichoso, falta de orientación afectiva, responsabilidades excesivas, sobreprotección, discriminación, promesas no cumplidas, etc. y así sucesivamente.

Los resultados de observación clínicas sugieren que el medio ambiente desempeña un papel importante en la actitud del niño hacia el tratamiento odontológico, por ello el manejo acertado de la conducta infantil es uno de los principales objetos de la Odontopediatría para su correcto ejercicio.

c) Factores Psico-sociales

A continuación se enumeran algunos factores psicossociales relacionados con la familia que influirán en el comportamiento del niño:

- 1.- Ansiedad Materna
- 2.- Preparación del niño a su primera cita con el Dentista.
- 3.- Factores Socio-culturales
- 4.- Relación con los hermanos
- 5.- Fuentes de conducta no cooperativa.

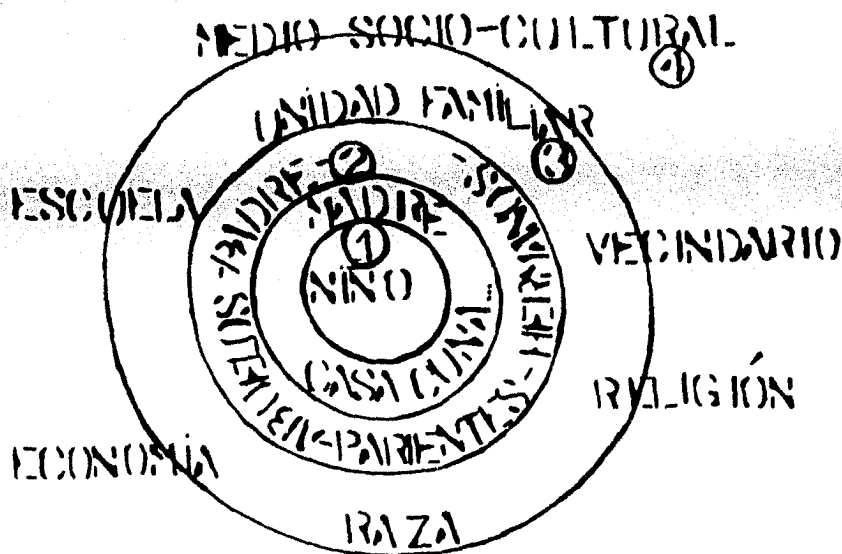
1.- Ansiedad Materna

Este es un tema de gran interés para el investigador clínico para poder establecer la relación existente entre el comportamiento del paciente niño.

DIAGRAMA No. 2

MEDIO AMBIENTE

Fuerzas significativas de la experiencia en el desarrollo del niño.



- Esfera 1.- Fuerzas primarias o inherentes
- Esfera 2.- Fuerzas secundarias o de influencia materna
- Esfera 3.- Fuerzas terciarias o intrafamiliares
- Esfera 4.- Fuerzas de periferia o extrafamiliares.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad basadas en el sentido y en el significado. Una situación puede suscitar miedo ó ansiedad porque significa peligro ó amenaza para la persona aunque en realidad no exista tal. Lo importante es saber como la percibe el hombre y de que manera le afecta, sin embargo en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas. Una de éstas situaciones es la visita al médico ó al dentista.

El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro ó una amenaza real. La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente. La ansiedad es intangible, mientras que el miedo por lo contrario es concreto y sirve por lo general para poner al organismo en alerta contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos.

La angustia estimula las reacciones de defensa y evita, por ejemplo, acudir al consultorio dental. Surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales aunque el dentista no haga daño ni lastime la ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y -

a aumentar la tolerancia a los medicamentos, por lo tanto es preciso saber reconocer y tratar de antemano estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Los factores que llegan a influir en un momento dado en la conducta del niño en el consultorio dental se deben frecuentemente, a experiencias obtenidas por los padres, ya sean agradables ó desagradables a través de sus tratamientos odontológicos que son transmitidos a los hijos; por lo que la situación ideal es aquella en la que los padres se encuentran libres de aprensión en relación a la primera cita de su hijo con el dentista, debido a que sus antecedentes de historia dental fuerón aceptables.

La ansiedad materna es decir, el temor ó angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental influye determinemente en la conducta del niño antes y durante la primera consulta, así como la aceptación ó rechazo que éste manifiesta en el futuro.

Según Wright y Alpern, se ha encontrado una gran relación entre la ansiedad materna y el comportamiento no cooperativo del niño en el consultorio dental, sobretodo en niños entre tres y cuatro años de edad.

En el trabajo de Bailey se sugiere una preparación

de los padres previa a la cita. Comparando los niveles de ansiedad de la madre y el niño observó que un niño pequeño adquiere una actitud más positiva cuando sus padres han sido preparados para la primera cita con el Odontopediatra.

Por lo tanto los elementos de sorpresa y la falta de información deben ser eliminados para obtener un mejor comportamiento y disposición del niño hacia el tratamiento.

Por otra parte, si se sobrecarga a los padres con correspondencia informativa, que incluye desde una simple bienvenida hasta cuestionarios complejos, volante, etc., puede provocar confusión y ansiedad en el ánimo de éstos.

Recomiendan, a veces, el envío de una carta a los padres previa a la cita del niño, evitando toda clase de terminología dental incomprensible, en donde se explique la importancia que signifique para todos el resultado de ésta primera consulta, de mantenerse tranquilos mientras se encuentra en la sala de espera (que se recomienda en un lapso breve) ya que de lo contrario puede provocar confusión, ansiedad y ánimo del niño.

Se debe insistir sobre las ventajas que representa

el conservar un buen cuidado de la salud dental y visi
tar periódicamente al dentista.

Las madres que recibieron la carta, reconocieron
y apreciaron la atención del dentista, comprendiendo
y valorando lo que representa para el comportamiento
de su hijo.

Cuando se practicaron de una manera conveniente
en el niño todos estos procedimientos se obtuvieron
como resultados un mejor comportamiento en la toma
de radiografías, exámen bucal, profilaxis, etc.

Roberstson y Roberstson resume en su artículo -
que los factores que incluyen en la separación madre-
hijo:

- 1.- Factores que provocan tensiones: ambiente extra
ño, acompañante inadecuado (familiar), empleo de -
lenguaje poco familiar, dolor y enfermedad.
- 2.- Factores que pueden reducir la tensión: acompa
ñante adecuado, restringir movimientos corporales.
- 3.- Factores que muestran el estado psicológico del
niño: su ego, calidad de la relación madre e hijo, fan
tasía acerca del dolor y enfermedad.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia ó des
ventaja de la presencia ó no de la madre durante el -
tratamiento dental.

Schwartz se dió cuenta de que los padres transmi

ten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se establece una mejor relación, paciente-dentista cuando estos se encuentran solos; además considera que la asistente deberá transmitir confianza al niño ya que llega a sustituir a la madre en una circunstancia dada durante la visita dental.

Chamber permite a la madre acompañar al niño durante el tratamiento pero únicamente como estricto observador y no enfrente de su hijo, ya que siente ansiedad, y lo transmitirá a su hijo produciendo un efecto contrario al deseado, debiendo entonces retirarse.

También se ha llegado a la conclusión de que si la madre es motivada e instruida adecuadamente puede llegar a ser de gran ayuda para lograr establecer una corriente de simpatía entre el niño y el dentista, teniendo siempre la edad del paciente en cuenta.

Massier, opina que la decisión de dejar entrar o no a la madre durante el tratamiento dependerá de lo que sea mejor para ambos. No debemos atenernos a recomendaciones o reglas estrictas como normas generales para todos los casos.

La presencia de los padres dependerá de circunstancias muy especiales tales como edad, idioma, dependencia del niño, incapacidad física y mental, información personal etc. pero será el profesional que hará

la evaluación según el caso particular.

2) Preparación del niño para su primera cita con el

Dentista

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

El Odontopediatra nunca debe perder su control - ni agotar su paciencia y capacidad de comprensión, - hacia la situación en que se encuentra el paciente. Debe a sí mismo detectar el dentista en forma breve y precisa los factores de angustia, para eliminarlos en seguida.

La mayor parte de los niños recibe información referente al dentista y ambiente del consultorio, aún antes de vivir su propia experiencia. Las más de las veces ese conocimiento es bajo y no totalmente apegado a la realidad ya que en general las personas sienten aversión hacia el tratamiento odontológico. De manera que una vez que se enfrenta a su primera consulta se siente angustiado y aterrorizado, por lo que ésta representa en cuanto al dolor físico, en ocasiones el

niño se avergüenza de su propio temor, exagerando - los dolores soportando para disculparse a sí mismo, por lo que se enfatiza que la función y objetivo del buen odontólogo es evitar el dolor y no producirlo hasta donde sea posible.

Se recomienda a los padres no utilizar al dentista como un medio de amenaza, castigo para los niños, ni llevarlos sorpresivamente al consultorio. Deberán asistir a las citas con regularidad, ya que el nerviosismo de sus hijos aumentan mientras más se retrase el tratamiento. Por otra parte, deben pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños deben soportar ciertas molestias, tampoco hacerlos sentir que tienen ó que padecen un problema grave a su boca, ya que esto les provocará una mayor ansiedad y temor. En todo caso si esto fuera realidad es recomendable no hacer comentarios negativos al respecto, aunque - tampoco engañoslos.

Resumiendo los factores determinantes de la actitud del niño ante el tratamiento son los siguientes:

1.- Factores Favorables:

- a) Medios educativos sobre la salud
- b) Influencias positivas de los padres u otras personas
- c) Experiencia agradable en el consultorio sin dolores

ni molestias.

2.- Factores Desfavorables:

- a) Escuchar experiencias desagradables (artículos, programas de radio, dibujos, televisión, negativamente empleados).
- b) Manifestaciones de abierto rechazo hacia la odontología.
- c) Experiencias personales desfavorables en el consultorio.

La educación de los niños acerca del tratamiento dental debe contener las siguientes enseñanzas que serán explicadas de acuerdo a la edad y entendimiento del niño.

- 1.- La higiene de la boca es importante para la conservación de sus dientes y salud en general.
- 2.- Dientes sanos y bien conservados forman parte de la boca de la cara.
- 3.- Es necesario visitar al dentista para que examine los dientes y los cure, en caso de que estén enfermos; pero lo importante es que los conserve sanos, si aún no se encuentran lesionados.

El niño debe observar por sí mismo el consultorio dental para que le resulte una visita atractiva y de impresión agradable; motivará a él su interés en sus

en sus proximas citas , ya que el aspecto agradable de un lugar causa una impresión bien determinada que puede ser intensa y perdurable.

El primer contacto que el niño obtenga de su primera experiencia se recomienda sea positiva, agradable e interesante ya que en cada cita se irá mejorando pues un sólo fracaso en este sentido puede cambiar su buena disposición.

De estas primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista , como de su personal, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus dientes; es decir de la experiencia que obtenga de la primera cita resultará el mejor ó peor paciente generalmente.

En lo que respecta al aspecto propiamente psicológico de esta primera visita, deseo hacer hincapié en la necesidad para los odontólogos que por primera vez van a conocer a sus pacientes, que se proceda a realizar el exámen médico , que además de brindar una seguridad es un motivo de toma de contacto con el niño. Pero además se debe intentar hacer el exámen y estudio psicológico.

El niño es visto primero en compañía de sus padres , para dejarles exponer los motivos de la consulta. Con

pués de éste primer contacto , conviene escuchar por separado a cada uno de ellos siempre y cuando la separación no provoque reacciones importantes de pánico ó de oposición.

Con el estudio de los antecedentes familiares podemos ayudarnos a precisar la naturaleza de los lazos familiares y las condiciones de vida suponiendo así un primer acercamiento psicológico de las personalidades tanto maternas como paternas. Tampoco debemos olvidar las reacciones personales del dentista de simpatía y antipatía.

Se puede hacer una observación objetiva del comportamiento del niño juzgando su aspecto: inestabilidad de ciertos niños que nunca están quietos tocando todo en el consultorio ó por el contrario la pasividad de astenia de otros, demasiado replegados sobre sí mismos e incluso hostiles frente al adulto.

El odontólogo debe estar advertido de la existencia de los mecanismos de proyección. Frente a las dificultades psicológicas de los pacientes todo médico tiene tendencias a proyectarse con su personalidad y sus propios problemas de la infancia. Para evitar reacciones instintivas e inconscientes, el dentista debe olvidar sus apegos habituales al paciente, tratando de ser neutral

frente al niño y su padre. Sin hostigar al paciente con preguntas debe permitirle expresarse espontáneamente ya sea por el lenguaje ó para los pequeños, por medio del dibujo o los juegos.

Progresivamente, y luego de cierto tiempo de adaptación, al tomar confianza el niño se vuelve capaz de expresar sus dificultades delante de un adulto que ya no aparece sistemáticamente como un juez.

Estos primeros contactos no son en general suficientes para apreciar la personalidad del niño que necesita, a menudo observaciones mucho más prolongadas y profundas.

Este estudio psicológico es, en efecto demasiado-subjetivo, y pone en juego la personalidad del dentista, de los padres, y del niño y sus interacciones.

3.- Factores Socio-Culturales

Cada cultura tiene sus propias cualidades ó rasgos así como diferentes religiones, creencias, orígenes, número de integrantes en la familia, etc. Estos factores diferentes de acuerdo al sexo, clase social, cultura, edad, etc. Proporcionan puntos de referencia a partir de los cuales es posible comparar las aportaciones psicológicas de un individuo en relación con otros cuyo desarrollo y ambiente son similares.

Estudios realizados en niños educados en diferentes partes del mundo bajo una gran variedad de circunstancias sociales y físicas, indican que los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse dentro de ciertos límites a variantes que permiten que el niño se desarrolle y funcione de modo saludable.

Wright y Alpern, al investigar la influencia de las clases sociales de los padres con respecto a la conducta de los hijos confirman haber obtenido una mejor comprensión por parte de los niños procedentes de clases sociales media ó baja . Así mismo, la contribución de los padres con respecto a la conducta cooperativa, no debe ser generalizada, por lo que debemos relacionar al paciente individualmente.

La observación directa de los efectos contraproducentes que influyen en los niños de corta edad, la privación absoluta del cuidado materno ha sido estudiado por gran número de pediatras, psicólogos, y especialistas en pediatría infantil, comprobando que el desarrollo del niño puede ser afectado física , intelectual, emotiva y socialmente por dicha privación. También pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales y físicas.

El sentimiento de angustia más precoz y más -

arraigado del hombre se encuentra asociado con la imagen de los padres que educan y castigan.

Los padres tienden a emplear su propia educación como un modelo para educar a sus hijos, éste modelo es favorable siempre y cuando sean sensatos y se ocupen de sus cuidados, por el contrario si se desarrollan en medio de privaciones, falta de cariño, ó se encuentran expuestos a rechazos, abusos físicos ó comentarios - que le causen daño y provoquen lesiones psicológicas será desfavorable.

Sin embargo los problemas son necesarios para el desarrollo y las inseguridades son no sólo inevitables sino valiosas para el progreso humano.

En algunas ocasiones, los padres ridiculizan al niño como una técnica de control, por lo que debemos considerar si el niño ha sido acostumbrado a obedecer al regaño ó la restricción. Los adultos deben aceptar al niño como es. Esto significa que sus intereses son tan importantes en su nivel, como aquellos de los adultos. en el propio, siendo por lo tanto dignos de respeto y comprensión.

Sería deseable que los adultos no descargaran parcial ó totalmente sus tensiones sobre los niños, para que estos tuvierán un mejor y más saludable desarrollo.

llo mental emocional, sin embargo esto no sucede en la mayor parte de los casos.

Sí la relación niño-adulto es positiva, contribuirá a un óptimo desarrollo integral del primero, preparándolo para hacer frente a los problemas afectivos de su vida.

El niño relativamente pequeño y desamparado teme al padre relativamente grande y poderoso. El niño siente que su destino está en las manos de ésta figura poderosa y a merced de los caprichos de esta autoridad. Generalmente los años no logran borrar esta primera percepción de los padres y la angustia asociada con ella.

Estas situaciones u otras similares, producen un estado de angustia y malestar agudo que la realidad del acontecimiento no justifica de ninguna manera.

El dentista y el médico también son símbolos de autoridad y representan en la memoria inconsciente del enfermo una figura familiar del pasado que podrá hacer daño ó herir. Es casi inevitable que el dentista reconocido que cuando se encuentra en su consultorio vestido de blanco con su instrumento en la mano casi siempre despertará en el paciente un sentimiento de ansiedad, basado en parte en su significado simbólico con figura de autoridad.

El hecho incontrovertible de la pequeña infancia - y debilidad del niño en un mundo de adultos poderosos es la causa más frecuente de angustia en la infancia. Este sentimiento puede eliminarse mediante mecanismos de comprensión como el logro de la independencia y el dominio.

Para ayudar a los niños a descubrirse a sí mismo los adultos también deben estar involucrados en este problema, por lo que ningún conocimiento es más importante para la vida, que el conocimiento de sí mismo.

4.- Relación con los hermanos

La ciencia social ha considerado a los hermanos como posibles fuente de potencial en la ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor. A este proceso se le conoce como transmisión de conducta.

Al proceso de reproducir el comportamiento exhibido por un modelo se le llama identificación. Como consecuencia de la imitación, el niño piensa y se comporta como su modelo. Esto no sucede sin un conocimiento consciente por parte del niño más pequeño (generalmente entre ellos se comunican sus experiencias con el dentista).

La actitud desarrollada por el hermano mayor, - es un sistema prefabricado para que el hermano menor aprenda de él. Esto es verdadero, siempre y cuando el hermano más pequeño no haya tenido experiencia - previa con el odontólogo.

El niño que nace primero adquiere la conducta de sus padres como modelo, a diferencia de los pequeños que además de tener la de los padres, tienen a sus - hermanos mayores.

En el momento en que el niño observa el comportamiento de sus hermanos durante el tratamiento dental, no deberán atemorizarse por la contemplación de estos; los movimientos ejecutados por el especialista deberán de ser lentos y la instrucción mínima, debemos recordar también que los ruidos fuertes son desconcertantes para el niño pequeño.

El dentista deberá decidir sobre la conveniencia ó inconveniencia de permitirle al niño observar a su hermano, así como también considerar en ese momento el estado en que se encuentra tanto el niño que observa como al que está practicando el tratamiento.

Se realizaron estudios como los de Ghose en los - que se comprobó el efecto del modelo en 75 pares de - hermanos, los más pequeños tenían una edad de tres - a cinco años, y los grandes de nueve a once años.

En el grupo experimental, los hermanos más pequeños observaron varios procedimientos que se realizaban con los hermanos mayores durante dos citas. Durante la primera se efectuaron únicamente trabajos sencillos ó una exploración de sus dientes, pero en la segunda se realizó un tratamiento restaurativo. Inmediatamente después, éstos procedimientos se practican con los hermanos menores. El grupo control estaba constituido por todos aquellos niños a los cuáles no se les permitió la observación de sus hermanos, ni la estancia en el operatorio. Únicamente en el grupo experimental los hermanos más pequeños observaron los procedimientos del tratamiento y la conducta-paciente-dentista antes de ser tratados.

Ghose y Col concluyeron que la conducta entre el grupo experimental y el grupo control resultó bastante significativa, ya que indicó la influencia benéfica de los hermanos mayores sobre la conducta de los pacientes más pequeños. Los niños en el grupo experimental mostraron una aptitud más positiva durante la preparación de cavidades, obturaciones de dientes etc. Una variación en la conducta podría ser atribuida a la diversidad de edades tres a once años, así como la diferencia de sexos entre los hermanos.

La presencia de los hermanos mayores parece me

jorar la conducta del hermano menor durante las visitas dentales subsecuentes, aunque esto no debe generalizarse.

5.- Fuentes de Conducta no Cooperativas

La falta de cooperación del niño en el consultorio dental puede atribuirse a determinados factores; se mencionarán aquellos en que la familia se encuentra involucrada:

1.- Conducta adquirida

2.- Emplear la visita del dentista como un castigo para el niño.

3.- Ansiedad del niño, tanto interna como externa.

4.- Discusiones de experiencias odontológicas desagradables, frente al niño.

Cuando el niño se siente incapáz de sobrellevar y afrontar los problemas que se presentan en su medio ambiente tales como aptitudes negativas de los padres, vida familiar insatisfactoria; se producirán cambios durante el desarrollo de su salud emocional y su conducta.

Se ha demostrado que el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño va a tener repercusión sobre su comportamiento. Así tenemos que la preocupación -

por los problemas tales como: la pobreza, trabajo inadecuado, relaciones familiares infelices, fricción matrimonial, fatiga, enfermedad, etc. son factores que pueden agotar la capacidad tanto del padre como de la madre de dar algo a los demás.

Por el contrario si el niño vive en un ambiente en donde hay buena alimentación, alojamiento confortable, cariño, atención y protección de los padres son factores que van a contribuir en su formación y caracter así como la convivencia con otras personas.

d) Patrones y Manejo de Conducta

Dentro de los factores que pueden llegar a modificar la conducta, se consideran el empleo ó no de reforzamiento que pueden llegar a aumentar en un momento dado la frecuencia de la conducta deseada. Estos se van a clasificar en diferentes clases como: Positivos y Reforzadores simbólicos.

Positivos.- dentro de éste grupo se encuentran las siguientes acciones: caricias, palabras de elogio y sobre todo prestarles atención, así como mostrar interés por lo que está haciendo el niño.

Reforzadores simbólicos.- Se encuentran representados por objetos materiales con los cuales el niño fortalece su comportamiento adecuado.

El castigo es ocasionalmente necesario y por defi
nición podrá ser una causa que disminuirá o eliminará
la conducta original.

Rosenberg da su punto de vista con respecto a los
reforzadores y castigos. Nos dice que podemos aprend
der a emplear los instrumentos de la psicología, part
ticularmente aquellos concernientes a la modificación
de la conducta humana. En este estudio concuerda con
el punto de vista de Berení y Ripa respecto a la defi
nición de reforzadores y castigo, sin embargo concluy
ye diciendo que un reforzador no es necesariamente -
un premio, así como un castigo no es necesariamente
doloroso.

El reforzamiento inmediato identifica la conducta
deseada debido a la complejidad de la misma y al nil
vel de capacidad del niño. No es real el esperar un-
comportamiento satisfactorio inmediato. Tanto las -
críticas como el regaño pueden llegar a emplearse co
mo reforzadores para llamar la atención del paciente.

Se recomienda que la recompensa material sea da
da al final de su visita.

Persuasión

Uno de los aspectos básicos de la terapéutica de-
sostén es la importancia de la actitud y de los model
los del dentista.

" Es posible evitar un gran número de aberraciones de la percepción, si el dentista demuestra calor, amistad y tranquilidad en el trato de sus pacientes".

La persuasión, es un procedimiento activo que nos es de mucha utilidad en el manejo del niño ya que nos ayuda a lograr un mutuo entendimiento entre el dentista y paciente sobre lo que se está hablando, ó sea el establecimiento de la comunicación que es uno de los principales objetivos que se pretende obtener. Para lograr la comunicación verbal nos podemos valer de preguntas con respecto a su persona ó medio ambiente; sin embargo la comunicación, no solamente significa conversación sino efectuar acciones como acariciarle la mejilla, el cabello, etc. que pueden conducir al niño a dar su aprobación y aceptación.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación deben ser todo el tiempo específicos y simples, teniendo en cuenta el nivel de comprensión del niño, ya que no es lo mismo como se expresan las ideas, a lo que realmente se dice. El escuchar y ver influye en la persuasión de su propio lenguaje, por lo que si el mensaje no concuerda, se distorcionará lo que se ve y oye, cambiando el significado de éste.

Tanto la actitud, como los sentimientos son im-

portantes para llegar a establecer la comunicación.-
El odontólogo deberá aceptar al paciente no solamente cuando demuestre buen comportamiento, sino también cuando es rebelde y agresivo, pondrá atención a sus palabras y sentimientos, contestando a su pregunta de la mejor manera posible sin dar rodeos, empleando un lenguaje y conceptos al nivel de su entendimiento.

El dentista puede ser infinitamente útil cuando dedica el tiempo suficiente para conquistar la confianza de su paciente, para ello ha de acercarse con consideración y una seguridad hábil.

Existen tres elementos importantes para lograr la comunicación en el consultorio dental y serán representados de la siguiente manera:

El dentista será el transmisor, el consultorio será el medio y el paciente el receptor.

El transmisor preparará la información para ser transmitida, después el mensaje será recibido y decifrado; el transmisor espera que el receptor lo acepte y lo interprete sin distorcionarlo.

Ya que el consultorio es el medio en el cual proyectamos nuestras comunicaciones, éste deberá ser tranquilo para que el niño nos preste atención.

Control de Voz

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el tono de voz que el dentista emplea al dirigirse a sus pacientes; por lo que el cambio en el volumen - firmeza y suavidad de ésta nos ayudará a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto del control de voz como de todas las técnicas que se emplean en el consultorio.

Debemos tener muy en cuenta evitar las conversaciones monótonas, así como un tono de voz muy suave, ya que no es tan importante lo que se dice, sino cómo se dice, puesto que se pretende influenciar directamente en el comportamiento sin que medie el entendimiento. El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunción con la comunicación, que es un intercambio de experiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los pacientes. No debemos olvidar que el significado del mensaje que se transmite al niño puede llegar a ser interpretado de diferentes maneras por él. Se recomienda que nos lo repita en sus propias palabras.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confiada así como un tono de voz fuerte y firme - cuando se ordena al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un to-

no de voz débil y una actitud nerviosa se obtendrá como resultado el efecto contrario al deseado.

Concluyendo, el dentista debe modular y adaptar su voz al expresarse, proyectando una imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño, para lograr un mejor acercamiento, de acuerdo al caso.

Modelaje

La técnica de modelaje empleada en el consultorio dental es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando una reducción del miedo y ansiedad.

Este se encontrará como observador mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrar presente (vivo) ó filmado (simbólico), obteniendo los mismos resultados de éxito de las dos formas.

Con la técnica de modelaje se han logrado obtener tres finalidades que son las siguientes:

- a) Adquirir una nueva conducta
- b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo.
- c) Obtener la atención del paciente.

Adelson llevó a la práctica un estudio en el cual se demostró que gracias al film se puede lograr cambios en el comportamiento del paciente temeroso de los dentistas.

Sawtell explica que un niño es capaz de aprender patrones de conducta aprovechando su susceptibilidad al modelaje e imitación, con el empleo de técnicas especiales.

Desensibilización

Técnica considerada por los terapeutas de la conducta como un medio favorable para poder reducir la ansiedad del niño, así como el de un comportamiento inadecuado, temor intenso, fobia a. tratamiento dental, que como consecuencia, tratarán por todos los medios de eludir, no prestando una cooperación adecuada y provocando una situación que influirá sobre la salud tanto física como psicológica.

La metodología en la que la presente técnica está basada proviene de estudios realizados por Jones, en donde se motiva una respuesta en presencia de estímulos que provoquen miedo, en adición a un procedimiento de imitación social ó modelaje. Se redujo la fobia del paciente como consecuencia de la observación del comportamiento adecuado de un niño.

Patrones de Conducta

El dentista que decide dedicarse a la atención de niños, estará en contacto con un ser inmaduro y en pleno desarrollo con características propias, por lo que es importante conocer sus lineamientos de conducta y sus capacidades mentales y emocionales para que así sea posible encauzarlas y canalizarlas de tal manera que la íntima relación que idealmente debe existir entre el niño y su dentista sea altamente positiva.

Del nacimiento a los dos años

En ésta etapa, el niño depende completamente de su madre, en lo que a cuidado y protección se refiere, por lo que se encuentra unido fuertemente a ella, de tal manera que la considera como parte de él.

Como consecuencia de ese sentimiento de seguridad del niño, conviene mantener inalterable esa unión, teniéndolo durante las maniobras odontológicas sentado en el regazo materno. Así, el odontólogo procederá a su tarea en forma más fácil y positiva, sin preocuparse de la resistencia ó llanto del pequeño, pues son normales a esta edad.

De dos a tres años

Esta es una etapa de transición entre la conducta

de bebé a la de un niño preescolar, en que el niño trata de ser independiente, en su medio ambiente familiar. Cuando hay alguna situación de tensión ó peligro el pequeño trata de regresar a la protección de su madre. Su conducta se caracteriza porque distrae su atención fácilmente de una cosa a otra, teniendo un campo de intereses amplio y variado.

Sin embargo, esta es la edad ideal para llevar al niño al dentista y comenzar un programa de atención dental preventivo. A esta edad el pequeño deberá ir acompañado por la madre, excepto en los casos que manifieste ser muy independiente. El niño de tres años es capaz de sentarse en el sillón dental por si solo. No habla mucho con extraños pero puede obedecer órdenes sencillas cuando se le dan directamente. El niño no expresa bien sus experiencias y sentimientos por medio de las palabras, debido a que no posee el vocabulario suficiente para hacerlo.

Si el niño está asustado puede responder positivamente a un acercamiento, hablandole con voz suave y cariñosa ó por el contrario, perder el contacto con los extraños rápidamente volviendo a la protección materna, por las siguientes razones:

- a) Comparte su atención entre la madre y el dentista
- b) Recibe órdenes repetitivas, al dar una indicación

el odontólogo, la madre automáticamente repite la orden; lo que molesta al niño.

c) El uso inapropiado de vocabulario por parte de la madre (te van a inyectar, en lugar de anestesiarte o dormir.)

d) Actitudes negativas de los padres: amenazarlos o proyectar sus temores al tratar de efectuar algún tratamiento.

e) Sobre protección excesiva.

El niño de cuatro a seis años

A esta edad el niño desea ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva. Su medio ambiente es la familia, los sentimientos y emociones crecen y disminuyen rápidamente y sus enemistades son tan inestables como sus amistades.

En general, se prefiere tratar al niño sin la presencia inmediata de los padres.

A los cinco años se encuentra una amplia variedad de patrones de conducta, que van desde el niño que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aún fuertemente unido a la madre, hasta el niño que se conforma, dócil y sumiso, o al que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una nueva experiencia en el consultorio dental.

Edad Preescolar

Los pequeños que aún no asisten al jardín de niños ó no tienen muchos contactos sociales pueden ser tímidos ó poco sociables, por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. En cambio los niños que asisten a la escuela se vuelven más sociales y están más dispuestos a relacionarse con extraños y a aceptar mejor cualquier tratamiento.

Período Escolar

Se divide en tres etapas:

- a) Temprana (de primer a tercer año de primaria.)
- b) Intermedia (de cuatro a sexto de primaria.)
- c) Final (del primero de secundaria a tercero de sec.)

La etapa temprana comprende cuando el niño tiene seis y ocho años de edad, en donde el niño ya se siente listo para iniciar una existencia independiente, a llevar una vida social más amplia; aprende a llevarse con sus compañeros y las normas y los reglamentos de la sociedad. Al mismo tiempo aprende aceptarlos siendo ésta una de las fases importantes de su vida. Esto sucede frecuentemente a los nueve años pero hay ocasiones en que ocurre a los seis.

La etapa intermedia comprende entre los nueve y los doce años.

De los ocho a los nueve empiezan a romper sus relaciones con su casa, fase por la que debe pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

A los nueve años el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar, aún cuando el procedimiento sea doloroso, aceptando al odontólogo como autoridad, por lo que no es necesario llegar a forzarlo. Es ésta su mayor y principal diferencia con el preescolar.

A los diez años le gusta demostrar que es capaz de realizar acciones muy difíciles. Con raras excepciones, a los doce años suelen desdiseñar todas las actitudes de niños y son firmemente independientes.

A los doce años el niño está lleno de curiosidad, factor que el dentista puede utilizar para ganar su atención y confianza.

Etapa final comprende de los trece a los dieciocho años. Durante ésta etapa se introducen muchas alteraciones importantes como resultado del marcado desarrollo físico, mental y emocional. Este periodo exige un conocimiento y una comprensión especiales por parte del profesionalista, ya sea médico u odontólogo si es que ha de tratar con éxito al adolescente. Aunque a esta edad el pequeño ha dejado de ser un niño, no ha alcanzado la madurez necesaria para considerarlo

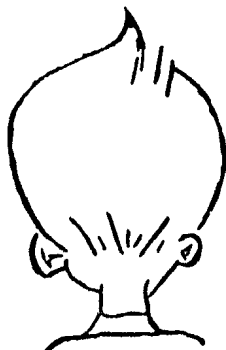
como adulto.

Todas estas etapas por las que pasa el niño desde el nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

e) Tipos Psicológicos de Niños y su Manejo

El niño tímido

Este es un niño fácil de reconocer, generalmente no quiere entrar al consultorio, busca esconderse detrás de la madre. En estos casos se le convencerá sin demostrar una insistencia excesiva, dominando poco a poco de esta manera su temor y teniendo la oportunidad de entrar en el terreno de sus afectos, demostrando interés en lo que a él le gusta.



NIÑO TIMIDO

El niño consentido

La excesiva indulgencia, ó a veces el rechazo o -
indiferencia, por parte de los padres hacen que el ni-
ño manifieste una conducta consentida que por lo gene-
ral, se caracteriza por su desobediencia. Está acos-
tumbrado a conseguir todo lo que se propone, ya sea
gritando, pateando, llorando y a veces hasta insultan-
do. En estos casos dentro del consultorio dental, se
tendrá a veces que recurrir a medidas extremas como
taparle la boca para conseguir tranquilizarlo y hacer-
lo que pueda escuchar al odontólogo, que le hablará -
con voz suave pero firme.

El manejo de este tipo de niños es muy importan-
te, desde la primera cita deberá hacerse el trata-
miento planeado para esa cita ó cuando menos parte
del mismo; de otra manera, el niño repetirá sus be-
rrinches, ya que le darán buen resultado para evitar
que el odontólogo haga su labor.



El niño desafiante

Generalmente, esta actitud la presentan niños que han sido sobreprotegidos por sus padres y desafían la autoridad del dentista negándose a abrir la boca. En estos casos, el dentista deberá imponer disciplina para lograr su cooperación.



NIÑO DESAFIANTE

El niño temperamental

Es el tipo de paciente que cabe dentro de todos los tipos, a veces coopera y a veces no, se presenta cansado ó aburrido.



NIÑO TEMPERAMENTAL

El niño débil mental

Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse en forma individual en cada caso particular.

Generalmente se caracterizan por la lentitud con que siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado ó etapa de debilidad mental. El odontólogo deberá valorar si su tratamiento se efectúa bajo anestesia general ó local.



activo



pasivo

NIÑOS DEBILES MENTALES

El niño cooperador

Es un niño que debemos manejar con mayor cuidado, para no hacer de él un mal paciente.



NIÑO COOPERADOR

CAPITULO IV

TERAPIA DEL NIÑO

a) Aspectos importantes para el tratamiento del niño

En relación con los padres:

Informar a los padres lo que deben decirle al niño, lo que no deben mencionarle, señalar que no conviene manifestar sus temores al niño, ni tomar a la Odontología como castigo ó asegurarle que no se le hará ningún tratamiento. Ni dar información detallada respecto al tratamiento que se le realizará en el consultorio dental. A una pregunta que requiera una contestación extensa ó detallada, el padre ó la madre indicarán - que será el dentista quién le conteste.

En relación con los niños:

- 1.- A partir de los tres años, los niños no entrarán - al consultorio dental acompañados de sus padres.
- 2.- Si el niño no quiere entrar, deben salir por él.
- 3.- Si llora, lo dejaremos llorar un rato.
- 4.- Después se le dirá que no se permite llorar dentro del consultorio dental empleando una actitud firme a - la vez que amable, explicándole posteriormente las-

razones y la necesidad de efectuar el tratamiento.

5.- Si grita se hará alguna maniobra agresiva para impedir que lo haga, puesto que si no establecemos comunicación con el no podremos realizar ningún tratamiento

6.- Realizar siempre algún tratamiento ó maniobra.

7.- Valorar posibles excusas, como en el caso del niño que quiere ir al baño, solamente una vez lo dejaremos ir. El problema de náuseas se resolverá trabajando siempre que sea necesario con dique de hule.

8.- Respetarlo, no engañarlo sobre lo que se le va hacer, pero si utilizar otros términos evitando así asustarlo.

9.- Dejar que crea que es el quien maneja la situación. Se le dirá " Coloca tu brazo izquierdo sobre el brazo del sillón de manera que descanses sobre el. Si en algún momento sientes alguna molestia, levántalo y en ese momento detendremos todo lo que estamos haciendo y nos explicarás cual es el problema, pero recuerda que solamente debes levantar el brazo cuando haya un problema".

b) Terapeutica Farmacologica en el manejo del comportamiento.

El tratamiento de un enfermo angustiado y emotivo

nalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista. No cabe duda que el empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valiosa en estos casos. Sin embargo, las drogas no deben ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacoterapéutico del manejo de la conducta sino más bien son coadyuvantes que pueden servir a los odontólogos, como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presentan un comportamiento difícil.

Chamber, puntualiza estar en contra del imprudente uso de la premedicación para tratar los problemas de conducta, por otra parte, el manejo psicológico de la ansiedad debe tratarse ayudando al paciente a vencerla.

La resistencia a la tensión nerviosa es diferente en cada paciente, e impide la resistencia a la anestesia local entonces es preciso reforzar su acción con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el sistema nervioso central.

Sin embargo somos absolutamente contrarios al procedimiento que consiste en administrar de manera sistemática un sedante ó un narcótico a todos y a cada uno de los pacientes que sólo necesitan una anestesia local para una operación corta y relativamente sencilla.

En los tratamientos prolongados de la odontología res
taurativa, se debe evitar al enfermo la tensión provo-
cada por el tallado y demás manipulaciones. La pre-
medicación es imprescindible para todos los casos de
cirugía bucal grave o prolongada como las extracciones
múltiples y difíciles, o la eliminación de un diente in-
cluido, en enfermos bajo anestesia local.

Los propósitos más importantes de la premedica-
ción son los siguientes:

- 1.- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2.- Elevar el umbral del dolor.
- 3.- Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- 5.- Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

Para poder elegir el medicamento más apropiado que producirá de manera segura resultados específicos deseados, es indispensable poseer algunos conocimientos básicos de la farmacología de dicho medicamento. El dentista necesita conocer la anatomía y fisiología básica del sistema nervioso central.

Los medicamentos utilizados para la premedicación

actúan en el Sistema Nervioso Central, sobre el cerebro, el tálamo y el bulbo raquídeo.

La corteza cerebral es el centro de la conciencia, percepción y evaluación de los impulsos aferentes que determinan las respuestas activas ejecutadas por los centros motores.

El tálamo puede considerarse como una subestación, receptora de mensajes aferentes que serán transmitidos hacia la corteza cerebral para su evaluación ulterior.

El bulbo raquídeo característica fisiológica del cerebro es su necesidad de un suministro constante de oxígeno. La más mínima interrupción de este abastecimiento, provocará la inconsciencia. La hipoxia empieza a actuar sobre los centros medulares y si la anoxia persiste por unos minutos se observan lesiones irreversibles del Sistema Nervioso Central.

Selección de las Drogas

Dependerá en parte al manejo de comportamiento del niño clasificándose así en:

- a) Los niños que necesitan premedicación preventiva
- b) Los niños que necesitan medicación de control.

Los primeros exhiben varias formas de comportamiento, son potencialmente cooperativos y semi-cooperativos.

tivos para los tratamientos dentales, el niño tímido es un ejemplo de estos casos ya que cooperará con el dentista mientras se le tomen radiografías, prótesis y tratamientos sencillos; sin embargo no actuará de esta manera cuando se trata de otros tipos de tratamientos.

Aunque estos niños pueden ser controlados con medicación para obtener una actitud más positiva, así el tratamiento dental en su manejo de conducta se podrá requerir cierta medicación preventiva, la cual se le dará al niño antes de la cita.

Dentro de la segunda categoría se encuentran los niños que no pueden controlar su comportamiento en el consultorio dental ya que la comunicación paciente-dentista resulta imposible ya sea a consecuencia de su corta edad por trastornos emocionales, retraso mental etc..

Administración Oral

Quando se prescribe algún agente sedativo oral, se debe considerar su forma farmacéutica. La medicación en forma de elixir debe ser prescrita para los niños pequeños que pueden deglutir las tabletas, se pueden emplear para premedicar niños de menor edad.

Es importante tener en cuenta que no deberá pres
cribir ningún medicamento sin antes haber dado las
instrucciones dadas por escrito al familiar. En la re
ceta se anotará el nombre de la droga, así como la -
hora en que debe ser administrado, quedandose una -
copia de esa receta en el consultorio.

La medicación por vía oral tiene las siguientes -
ventajas:

- 1.- Puede ser administrada por el familiar.
- 2.- La medicación deberá ser suministrada a la hora
indicada por el dentista con el objeto de obtener el ni
vel efectivo, de la misma cuando se practique el tra
tamiento.
- 3.- La administración por vía no produce en el niño-
ningún temor. Me refiero a vía oral

desventajas:

- 1.- El contenido estomacal retarda la absorción de es
ta droga, por lo tanto el efecto puede prolongarse o re
ducirse.
- 2.- El dentista dependerá de la cooperación del fami
llar.
- 3.- El niño puede reaccionar desfavorablemente al sa
bor de la droga.

Otra vía de administración es la inyección intra

venosa que es muy aconsejable sobre todo en niños muy pequeños principalmente en menores de cinco años.

La vía intramuscular es empleada en ocasiones pero en este caso se llevará al niño una hora antes de su cita al consultorio.

ventajas:

- 1.- Efecto más rápido
- 2.- Mayor acción sedativa.
- 3.- Menor duración que el equivalente de una dosis administrada por vía oral.

La droga también puede ser aplicada por vía submucosa, a través de la misma, en cualquier parte del fondo de saco vestibular.

Responsabilidad del Dentista

Será de su exclusiva responsabilidad la selección de la droga, su dosificación, efectos farmacológicos de su aplicación, indicaciones y contraindicaciones de la misma.

Deberá ser responsable del niño no solamente cuando se encuentra en el consultorio, sino hasta que se sienta completamente recuperado, tendrá que dar a los padres una información detallada y completa de los efectos que estas drogas pueden llegar a producir a sus hijos des

púes de ser administrados .

Se describe a continuación los medicamentos que son empleados con mayor frecuencia en Odontopediatría como medicación pre-operatoria.

Hidroxizina

nombre comercial Atarax, Vistaril

Constituye uno de los agentes psicosedativos más populares de la practica odontológica, según Hugh M. Koper .

Benner clasificó en Mayores y Menores:

Los mayores se emplean para el manejo de niños psicóticos y los Menores para el tratamiento de ansiedad, temor y aprensión.

Diazepan

nombre comercial Vallum

Agente sedativo; su característica es ser anti-ansiedad.

Prometazine

nombre comercial Fenegan

Sedativo pre-operatorio,

Alfaprodina

nombre comercial Tilgan

Narcótico cuando se administra por vía subcutanea se metaboliza en el higado, desapareciendo su efecto a las dos horas, por lo que se emplea en procedimientos cor

tos en odontopediatría. Por vía intravenosa no se re
comienda pues su efecto es muy rápido.

Meperidina

nombre comercial Lorfan y Narcon

Primer narcótico sintético, tiene poder analgésico.

Hidrato de Cloral

nombre comercial Noctem

Anti-ansiedad, puede antagonizar con los efectos anti
cuagulantes de las drogas en forma de elixir, por lo
que se debe de tener precaución.

CONCLUSIONES

- 1.- El aspecto del consultorio dental no controlaría la conducta de nuestro paciente, pero sí es de gran importancia la influencia que ejerza sobre su estado de ánimo.
- 2.- Dentro del personal auxiliar del Cirujano Dentista, es importante la selección de personas psicológica y emocionalmente preparadas ó se preparará adecuadamente.
- 3.- Es necesario que quede claramente establecido la necesidad de aplicar , la Psicología clínica, en la practica Odontológica.
- 4.- Que el odontólogo que ha decidido dedicar su trabajo al cuidado dental del niño, esté conciente, que su responsabilidad, no sólo se limitará a corregir problemas dentarios, sino también deberá afrontar y corregir, cuales son los problemas de conducta de cada uno de sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Vargas Montoya Samuel PSICOLOGIA . Editorial
Porrua. Argentina 1971.

Revista oficial del Odontólogo Moderno

Ing. Alanís Torres DECORACIÓN Y ARTE. 1974

Stone and Church CHILDHOOD AND ADOLESCENCE
Editorial Nueva York. New. York 1959.

Sidney B. Finn ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Editorial
Interamericana. 4a. Edición 1974 pp.1-13, 14-39.

Mc. Donald E. Ralph. DENTISTRY FOR THE CHILD
AND ADOLESCENT

William Craig : Hand over mouth technique, JOURNAL
OF DENTISTRY FOR CHILDREN . November ,1971
pp. 387-389 .

Lener Michael Clínicas Odontológicas del Norte de
America. ODONTOLOGIA PEDIATRICA . Editorial
Interamericana. 1973 pp.35-50.

Muñiz de la Fuente Ramón Psicología médica. Fondo
de Cultura Económica México D. F.

Sajón Rafael LA FAMILIA Y EL BIENESTAR SOCIAL

Instituto Interamericano del niño. Montevideo Uruguay
1976.

Gale Ellito N. Treatment Of Dental Phobias Vol 78
Junio de 1979.

Fragoso Pición Ma. del Pilar PSICOLOGIA APLICADA
A LA ODONTOPEDIATRIA . Trabajo Profesional pre
sentado por la autora en la Universidad Nacional Auto
noma de México.