

422  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Facultad de Odontología

**" ACTITUD PSICOLÓGICA DEL NIÑO  
A NIVEL DENTAL "**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N :**

Sotelo Flores María Magdalena

Urbina Balanzar Reyna Patricia

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Mexico, D. F.

1 9 8 8



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 está 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.

## ACTITUD PSICOLOGICA DEL NIÑO A NIVEL DENTAL

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. RECEPCION DEL NIÑO	3
A) CONOCIMIENTO DEL NIÑO (PACIENTE) EN EL CONSULTORIO DENTAL.	5
CAPITULO II. EL DENTISTA PARA LOS NIÑOS	9
A) EL PAPEL DEL ODONTOPEDIATRA	13
CAPITULO III. MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	23
A) PACIENTE DE PRIMERA VEZ	30
B) PACIENTE DE EMERGENCIA	32
C) MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA	34
CAPITULO IV. DESARROLLO PSICOLOGICO EMOCIONAL	
REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA	36
A) ANSIEDAD	43
1. Ansiedad y dolor	44
2. Ansiedad y sentido de desamparo	45
B) MIEDO	45
1. Tipos de miedo	49
2. Temores subjetivos	50
C) DOLOR	53
1. Observaciones del paciente	54
2. Descripción del dolor	54
3. Medidas psicológicas para encontrar el dolor y el miedo en niños pacientes.	55

<b>CAPITULO V. FACTORES PSICOLOGICOS EN LAS INCAPACIDADES INTELLECTUALES Y EMOTIVAS</b>	<b>57</b>
1. El niño con retraso mental	61
2. El niño superdotado	63
3. El niño con problemas emocionales	65
Componentes psicológicos de la incapacidad física.	66
1. El niño con defecto del habla	67
2. El niño con visión deficiente	71
3. El niño con deficiencia auditiva	74
4. Los niños con lesiones cerebrales	76
5. Los niños invalidos	79
<b>CAPITULO VI. COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO</b>	<b>81</b>
1. Instrucciones a los padres	85
2. Educación directa	89
3. Educación indirecta	89
4. Consideraciones económicas	90
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>93</b>

## INTRODUCCION

La edad infantil se caracteriza por una evolución constante que se manifiesta en el desarrollo funcional y psíquico, y en el crecimiento corporal. Este aspecto fundamental la diferencia del adulto. Por eso se ha dicho y con razón que "el niño no es un hombre pequeño". Todo ser engendrado tiene un potencial de crecimiento y evolución esencial, que constituye un derecho biológico y un privilegio natural; derecho y privilegio que han de valorar, vigilar, orientar y fomentar tanto los padres como el odontopediatra quienes tienen la responsabilidad de manejar niños y jóvenes.

Durante las etapas de desarrollo y crecimiento en los períodos fetal, infantil y juvenil, las características y proporciones de incrementos corporales y de maduración funcional, permiten distinguir edades vitales que esquemáticamente y en términos generales corresponden a las conocidas, : recién nacido, lactante, preescolar y escolar. La transición entre una y otra ocurre a edades cronológicas determinadas, constantes y universales, aún cuando existen variantes que dependen de la acción y de los factores de crecimiento.

La odontología pediátrica trata al niño en su totalidad física y mental, con bases científicas para los problemas de la salud mental.

El niño atrae la atención general del odontopediatra para que este con las medidas preventivas sepa conducirse en una forma agradable y adecuada.

Esta comprobado que existen muchos problemas dentales

en los niños, debido al descuido que han tenido en su higiene dental; otro factor que influye es el crecimiento de la población infantil. Por eso se debe hacer conciencia de que una atención odontológica es necesaria.

La odontología es una experiencia que el niño debe dominar y tratar de borrar esa imagen negativa que tenía anteriormente. Siempre hay que inspirar confianza.

Cuando el niño domina su papel como paciente odontológico, se muestra más accesible en su conducta y tiene interés por lo que sucede a su alrededor.

El odontólogo que en su práctica diaria tiene más contacto con niños, aprecia los beneficios a largo plazo de una atención temprana y adecuada.

Por lo tanto el odontólogo tendrá que ser un gran amigo del niño, mostrándole todos lo bueno de su ser.

**CAPITULO I**  
**RECEPCION DEL NIÑO**

**A) CONOCIMIENTO DEL NIÑO (PACIENTE)**  
**EN EL CONSULTORIO DENTAL.**

## RECEPCION DEL NIÑO

Cuando el odontólogo puede esperar una reacción normal del paciente de primera vez ante la invitación al pasar al consultorio, la asistente saludará al niño y al padre. El odontólogo permanecerá en segundo plano, sin mucho apuro para hacer su aparición. La asistente se dirigirá al niño por su primer nombre y, suponiendo que la primera visita fuera para examen o inspección inicial, invitará al niño y a la madre a que pasen al consultorio. Si bien muchos odontólogos prefieren ver al niño solo en ocasión de la visita inicial creemos que es útil que un padre acompañe al niño por que puede proporcionar información valiosa que ayude en el examen. Después de que el odontólogo saluda al niño y al padre, preguntará al padre o la madre si hay algo que les preocupe en particular respecto de la boca o de los dientes de su hijo. Como la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o traerán alguna pregunta importante para ellos, se les debe dar tiempo para expresarse y para contar una breve historia de toda la atención dental previa.

Si la asistente dental comprende que el niño no va a responder normalmente podría ser deseable excluir al padre del consultorio hasta que el profesional y su asistente puedan dominar la situación. La asistente, al dirigirse al niño por su primer nombre, puede expresar a si la invitación: "El dentista va a limpiarte los dientes y, cuando termine llamará a mamá para que vea que lindo quedaron tus dientes". Con una declaración similar, notificará a los padres que deberán permanecer en la sala de recepción mientras que el odontólogo trata o examina al niño.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto habra de verificarse con la ayudante del consultorio, la recepcionista y el higienista dental, así como el dentista. Los niños son muy sensibles a emociones ocultas e identificará rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aun más. Si un odontólogo va a tratar a pacientes infantiles deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas. El dentista también deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe como manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño las oportunidades de éxito que tiene el odontólogo disminuye enormemente.

#### A) CONOCIMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es buena política conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental. Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño. Pregunte a los padres cuanto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales ¿Teme el niño a ir al dentista? ¿Es nervioso? ¿Se lleva bien con adultos? ¿Ha estado en el hospital? ¿Tiene miedo a su médico?. Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del niño. Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción. Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de sus madre se puede suponer que es emocionalmente maduro y esta bien centrado para recibir tratamiento odontológico. En la primera visita, puede obtener información completa de la historia. En esta etapa conozca también a la familia del niño. Con es-

tos conocimientos sobre el paciente se puede prever su reacción al tratamiento dental. El manejo del paciente resulta mucho más sencillo, si se puede predecir, aunque sea remotamente, cómo va a reaccionar cuando se le empiece a tratar. Conocer al paciente significará media victoria. Saber como actuará su manejo.

Cuando trata ud. por primera vez a un paciente infantil siempre llámelo por su nombre de pila sino lo sabe, pregúnteselo. Nunca le llame "muchachito" u otro nombre poco familiar. Cuando sea posible, debe dirigirse la conversación hacia el niño. Cuando tome el historial, pregunte de cuando en cuando algo para que el niño le conteste. Si fuerza usted al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente en lo que le va a pasar en la silla dental. Si el niño no ha tenido experiencias dentales, lo que va a pasar puede resultarle siniestro. El trato con el niño deberá hacerse de manera normal y familiar.

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

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no lo puede convencer con palabras el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera abrazarle. De esta manera se tiene el control del niño y se le puede recoger

y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que es usted suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, pero no lo suficiente para herirlo. Cuando el niño esta en la sala de tratamientos puede tratarlo de la manera que antes describimos.

Si el dentista tiene confianza en si mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a su paciente, si el dentista no tiene seguridad se reflejará en el comportamiento del niño. No existe en el manejo del niño formulas misteriosas o secretos para entablar contacto, el manejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y experiencias.

Reglas útiles para manejar al niño en el consultorio dental:

1. La primera regla es ganarse la atención del niño. Es preciso ganar la atención del niño que chilla o llora para asegurarse de que oye las indicaciones.

2. Expresar las órdenes en un lenguaje que pueda comprender. Es importante pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño, entonces, es más capaz de seguir la instrucciones, que además deberán ser pocas y de a una por vez. A los cinco años, un niño puede llevar a cabo tres órdenes a la vez, pero solo con la tención concentrada. El odontólogo y su personal deben ser justos y razonables en sus pedidos. No pueden esperar cooperación de un niño incómodo o dolorido.

Cuando un niño no desea cooperar puede estar asutado o sentir, aprensión. La aprensión se puede aliviar tomandose

tiempo para explicar los instrumentos empleados en el consultorio dental y explicárselos con términos comprensibles. Solo unos pocos instrumentos serán mostrados por vez. Pero la necesidad y el uso de cada instrumento debe ser explicado. Cuando el niño no desea cooperar para el examen bucal o un procedimiento simple como la profilaxis dental es el momento oportuno para conversar con los padres haciéndoles saber que el niño no coopera y grabarles la necesidad del examen y tratamiento, y así obtener su permiso para proceder en forma cariñosa pero firme.

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista. Siempre trata al niño como si fuera el único paciente que vea ese día nunca deje a un paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores, a un no disipados por completo, pueden agrandarse, si tiene que abandonar la sala de tratamiento aunque sea por un minuto, asegúrese de que este presente su ayudante. Sin embargo, si el niño esta claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala. También es mala política transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, como puede ser la cirugía. Esto presentará una situación nueva al niño y causará ansiedad.

## **CAPITULO II**

### **EL DENTISTA PARA LOS NIÑOS**

#### **A) EL PAPEL DEL ODONTOPEDIATRA**

## EL DENTISTA PARA LOS NIÑOS

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil. Requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adulto, pero otra parte es única y pertinente solo para niños. Si el odontólogo consiente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para dominar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

La odontología para el niño requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se ésta tratando con organismos en períodos de formación, Tan solo en los niños se encuentra este crecimiento y desarrollo rápido en donde los individuos estan en constante cambio. El modelo de desarrollo que se considera normal para cualquier niño aún no ha sido fijado y puede sufrir modificaciones. El odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y las resistencias a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

La odontología para niños trata generalmente de la prevención en realidad, no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. Desde este punto de vista, la odontopediatría es en verdad un servicio de dedicación puesto que la preparación es siempre

la meta final y de la ciencia médica en su totalidad.

El dentista que trabaja con niños tiene tres responsabilidades:

1. Para su paciente
2. Para su comunidad
3. Para consigo mismo

Cuando el dentista trate con niños debe ser realista y razonable. No debe condenar a un niño por que esta asustado. Trate de ponerse en su lugar y comprender por que actua de esa manera. Respete sus emociones, pero si no esta de acuerdo con patrón deseado para trabajos dentales, trate de alterarlas. El ego del niño le permitirá ajustarse a la tención. Dele al niño oportunidad de participar en los procedimientos. Si puede sostener el algodón o ayudar en otra cosa poco importante, el niño sentirá que es parte del servicio que se esta realizando y se interesará y cooperará más. Tratelo como individuo con sentimientos y emociones, y no como objeto inanimado en la silla.

El odontólogo nunca debiera perder su dominio y enfadarse,. La ira, como el miedo, es una reacción emocional primitiva e inmadura. El señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y a disminuido su dignidad. El paciente lo pone en situación de grandes ventajas, por que la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el dentista pierde su control y eleva la voz, solo asustará más al niño y se le dificultará más aún su cooperación. Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro odontólogo pruebe suerte, Tal vez el pueda obtener éxito donde a usted lo derrote el temperamento. Si el dentista a tratado lo mejor posible, y no puede

entablar relación con el niño, es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

Es conveniente recordar, al llevar acabo procedimientos dentales, que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido. Todos sus movimientos, ya sea al manejar a los pacientes o en procedimientos operatorios, deberán mostrar suavidad y gracia. Movimientos rápidos y bruscos tienden a temerizar a los pequeños. Cuando baje al niño en la silla, o este inclinado el respaldo de esta, hágalo despacio. No deje caer al niño de golpe, ni lo incline tan rápido en la silla que tenga la sensación de estar callendose. Al inyectarle, por ejemplo, no lleve a la boca la jeringa tan rapidamente que el acto en sí asuste al niño. Deberá elevarse la jeringa de manera natural y deliberada. Si sus acciones son naturales y graciosas, podrá evitar gran parte de miedos innecesarios. La odontología es una profesión llena de gracia. Utiliza esta gracia para ventaja suya. Si hubiera que definir los requisitos de un buen odontopediatra seria: Gracia, Habilidad, conocimientos e inteligencia.

Cuando se somete a los niños a tratamientos odontológicos, hay que comparar la posibilidad de trauma psicológico con la necesidad de tratamiento. Como casi todos los niños necesitan de la odontología, es esencial que el trauma que produce sea mínima. Entre todos los problemas asociados a la odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante, ya que si no existe cooperación adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven difíciles y a veces imposibles. Existen varios métodos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias, tales como sedantes, analgésicos, imnosis, tranquilizantes y anestesia general.

## A) EL PAPEL DEL ODONTOPEDIATRA

La función primaria es efectuar el tratamiento dental necesario y no debe estar limitado a 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 trata 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 la exigencias de la situación.

Es muy importante que un odontólogo comprenda la conducta del niño. Solo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental. Al estudiar la conducta del niño captará que el control del pequeño o su orientación durante la situación odontológica se desvia con frecuencia del esquema fijo. Es difícil, o hasta imposible, para un odontólogo decir a otro como debe proceder ante un determinado, problema de conducta. Las reacciones de un niño diferirá de vez en cuando y el enfoque del odontólogo diferirá de vez en cuando. Es importante que este comprenda que si pierde el control de la situación, no necesariamente ha de ser un reflejo de si mismo. Puede no haber tenido tiempo suficiente para diagnosticar la etiología de la conducta anormal. El fracaso en una instancia puede no significar más que el odontólogo debe reconsiderar el problema o que debe emplear un enfoque distinto.

El odontopediatra debe comprender y tener conocimiento

### del desarrollo psicológico en la conducta infantil:

El niño de 2 años: A veces el odontopediatra deberá tratar o examinar a un niño de dos años. Por lo tanto, es conveniente prestar atención al esquema de conducta y el grado de desarrollo que pueda esperar a esa edad y debe procurar determinar si el niño se está desarrollando según la norma.

A los dos años los niños difieren muchísimo de su capacidad de comunicación sobre todo por que existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario a esa edad. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón se puede terminar con éxito el trabajo en algunos niños de dos años, mientras que en otros la cooperación es limitada.

A menudo se dice que el niño de dos años está en la "etapa precooperativa". Prefiere el juego solitario pues no aprendió a jugar con los otros niños. Es demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar plenamente su sentido.

El niño de dos años se lleva bien con los miembros de su familia sin embargo, el padre parece ser en muchos casos el favorito puesto que a esta edad el niño es tímido ante gente y lugares extraños.

El niño de 3 años: Es época de semiindependencia en la cual existe un grado sorprendente de control de sí mismo y el niño es capaz de reaccionar en mayor grado. El vocabulario mejora mucho y la comunicación es fácil en la situación odontológica. Un abordaje positivo conducirá al éxito pues es más frecuente el deseo de complacer y adaptarse. El niño de tres años recibe particularmente bien los elogios. El

lapso de atención es mayor, siempre que el niño este ocupado con algo de su interés. Hay un menor grado de temor y se puede lograr más fácilmente la separación de los padres.

El niño de 4 años: Esta puede ser una edad compleja. El niño puede estar centrado en si mismo y persiste en el intento de hacer su propia manera. Hay capacidad para responder a las indicaciones verbales, pero se han de establecer límites inteligentes que requieren firmeza repetida para establecer los lineamientos apropiados. Con frecuencia, al niño de cuatro se le llama "malcriado" pues, en muchos sentidos los padres no se adaptarán al cambio del niño complaciente de tres años al no cooperador de cuatro. Se a de tener presente que esta edad muestra los temores del niño y tiene tendencia a ser muy dramático. De modo que el profesional debe ser particularmente cuidadoso, comprenderá las emociones del niño y lo manejará con gran precaución. Un manejo errado a esta edad puede tener efectos devastadores a largo plazo sobre la actitudes odontológicas.

El niño de los 5 años: Es un grupo conocido a veces como el de los "super tres años". El niño a alcanzado la edad en que esta listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia comunitaria. A esta edad la relación personal y la social estan mejor definidas y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relaciones a ir al jardín de infantes o al consultorio del médico o del dentista. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer la comunicación con el nuevo paciente. En muchos sentidos, esta es una edad

ideal.

El niño de 6 años: A esta edad la mayor parte de los niños se separa de los lazos muy estrechos con la familia. Es aún, sin embargo una época de transición importante en la que existe una época de considerable ansiedad, con frecuente temor al daño corporal y, en el pico de las tensiones puede haber desahogos de violentas rabietas o de golpes a los padres, médicos u odontólogos. Los niños de esta edad pueden mostrarse muy ansiosos por la posibilidad de llorar. Es una edad crítica en la vida del niño, cuando habitualmente comienza la escuela con dedicación total en primer grado. Sin embargo, el niño de seis años responde favorablemente al enfoque del "diga, muestre, haga".

El niño de 7 a 12 años: Estos años son esencialmente parte de una etapa de "intermedio". Estos niños prefieren la compañía de otros de edad y sexos similares. Están muy involucrados en su aprendizaje y el desarrollo del mundo en la realidad mediante el juego. Existe la necesidad de identificación con otros adultos que no sean los padres. Se pueden plantear cuestiones de importancia considerable bastante casualmente y se hará todo lo posible en esta etapa para disimular la inseguridad y la insertidumbre. La consideración más importante es tratar a cada niño de acuerdo con su edad.

Existen procedimientos nuevos para la modificación de la conducta, que son por medio de estímulos. Se clasifican en tres categorías.

#### 1. Reforzadores positivos

Son estímulos sociales como una sonrisa, un cumplido, juguetes.

## 2. Estímulos de aversión

Es la disminución de frecuencia de la conducta como son estímulos físicamente dolorosos, críticas.

## 3. Estímulos neutrales

No aumentan ni disminuyen la frecuencia de la conducta, como por ejemplo, el tic tac de un reloj.

Por eso el odontopediatra debe tener las siguientes responsabilidades:

### 1. La responsabilidad hacia su paciente

Esta responsabilidad requiere que se use buen juicio planear y llevar a cabo el tratamiento. El servicio debe realizarse usando al máximo su capacidad y debiera cobrarse un honorario justo por ello uno de los principales requisitos del manejo satisfactorio del consultorio es el manejo del paciente. El dentista debe ser capaz de manejar bien a los niños. La falta de capacidad para manejarlos puede frustrar todo intento de realizar odontología de gran calidad. Debe darse énfasis a la prevención, lo que requiere no solo conocimientos de técnicas preventivas, si no el conocimiento científico de sus funciones.

La odontología infantil requiere el uso de ayuda para diagnóstico así como una interpretación correcta de los resultados, en situaciones de urgencia y en problemas rutinarios.

## 2. La responsabilidad hacia su comunidad

El odontopediatra debe poner todo su interés hacia las distintas responsabilidades que su comunidad le exige, ya que esta le dara mayor facilidad para la elevación de niveles de salud para practicarlos dentro de su consultorio, lo cual permitirá obtener un alto prestigio entre sus pacientes.

Sin embargo, no debe acatarse únicamente a saber efectuar un tratamiento dental si no que deberá ponerse al nivel de aprendizaje que el pediatra lleva a cabo.

El odontopediatra, así podrá ser el trabajador clave para con los programas de su comunidad con respecto a la salud dental de los niños y aprovechará para darle mayor confianza a los padres y hará que estos sientan admiración por su trabajo y la odontología.

## 3. Responsabilidad del dentista consigo mismo

El estudiante durante el transcurso de su educación odontológica, deberá adquirir dos atributos muy convenientes que le ayudarán a lo largo de su carrera y con lo que logrará el éxito en el campo de su elección: Ego y humildad.

Su ego debe hacer que se enorgullezca de la profesión que escogio, una profesión que ha contribuido a aliviar dolores y suprimirlos.

El dentista debe darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad, nunca deberá tomar sus responsabilidades a la ligera. El dentista no puede nunca dar por terminado su aprendizaje, debe continuar y llevar a la practica lo que sigue aprendiendo, esto implica asistir

a reuniones profesionales, tomar cursos de renovación e ir a conferencias, seminarios y congresos. Deberá también leer revistas profesionales así como libros de texto y publicaciones que aumenten sus conocimientos y su capacidad.

El odontopediatra debe tener en consideración en el ambiente y decoración del consultorio orientado al niño, desde la sala de recepción hasta las salas de tratamiento.

Es ventajoso establecer un área recreativa o de juego a parte en la cual se puedan polarizar los niños, esto los alentará a dejar el lado de sus padres y facilitará la separación cuando se transfiera al niño a la sala operatoria, sirve también para distraer al niño de la vista odontológica pendiente y reducir los niveles de ansiedad.

La decoración del consultorio debe tener un ambiente cómodo y familiar para el niño. Esto se logra con accesorios que describen situaciones como el circo, el oeste, el espacio o canciones de cuna que dan un toque de fantasía al consultorio y tienden a desvanecer el miedo. El color es muy significativo para los niños, casi invariablemente prefieren los colores cálidos a los fríos.

Los tonos de voz del odontólogo y del personal pueden dar confianza o desalentarla, también puede influir el tipo de música de fondo.

El uso de obsequios es útil para reforzar los sentimientos positivos hacia el consultorio, el propósito no es recompensar la buena conducta, si no de demostrar amistad.

El odontólogo sirve de fuerza orinetadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo

el personal, es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

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

La vestimenta del odontólogo y su aspecto general crean una impresión significativa en el niño, más de lo imaginado por muchos adultos. Los pequeños son muy consientes de los detalles minúsculos de aspecto. Los uniformes no son una necesidad absoluta pero si se les usa son preferibles los colores alegres.

Programación de las sesiones.. Si estan acostumbrados a siestas o comidas a determinadas horas del día, entonces evitará citarseles a esa hora en que pueden estar irritables. La edad suele se crítica y en general se reconoce que a los preescolares es mejor verlos temprano. Los niños aprensivos y premédicados deben ser citados de modo similar pues todos los participantes en la sesión estarán más frescos por la mañana que por la tarde. El equipo odontológico debe esforzarse por mantenerse dentro del programa pues las demoras indevidas en el comienzo de una sesión pueden contribuir a niveles incrementados de ansiedad. La longitud de la sesión debe ser determinada a realizar y el lapso de atención del niño. Las sesiones deben ser organizadas para reducir al mínimo la cantidad de visitas, limitar la frecuencia de administración de anestésicos local y realizar la odontología por cua-

drantes siempre que sea posible.

## PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

### 1. Exploración bucal

Se deben detectar las alteraciones existentes en tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. La exploración bucal se aplicará a todos los pacientes que acudan por primera vez y será ejercida como paso preliminar para integrar un diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento.

Prevalecerá el criterio de considerar las lesiones producidas por la caries dental en tres fases:

a) Insipiente, puede detectarse por medio de exploración instrumentada cuidadosa, es asintomática, y acepta el tratamiento conservador con total de porcentaje de buen éxito.

b) No penetrantes. Las que son evidentes a la inspección, con síntomas dolorosos provocados y pueden tener un gran porcentaje de éxito con un tratamiento conservador.

c) Penetrantes. Las que han destruido en extensión, en profundidad tejido dentario suficiente para considerar el órgano no susceptible de rehabilitación con recursos actuales y cuyos síntomas dolorosos han sido espontáneos y persistentes.

Se tendrá cuidado de explorar preferentemente las piezas dentarias permanentes para ejercer terapéutica oportuna en el grupo de 6 a 12 años.

Deberá efectuarse la inspección de la boca y dientes

para detectar las zonas sospechosas de alteración (sin explorador). Se aplicará el explorador en las zonas dentarias (fosas y fisuras) sospechosas de tener lesiones infecciosas (no se introduce el explorador en cavidades evidentes).

Se debe evitar explorar el paciente fuera del consultorio, como pasillo, sala de espera etc. Al paciente se le hará sentar comodamente en el sillón dental. Se hace el interrogatorio según los lineamientos propedéuticos establecidos.

La exploración debe ser ordenada, iniciándose en el cuadrante superior derecho, continuando con el superior izquierdo, después inferior izquierdo y finalmente inferior derecho. Terminada la acción clínica se anotará lo encontrado en el odontograma de acuerdo a las alteraciones que se presentan.

En el odontograma se indican dientes temporales y dientes permanentes, así se podrá hacer más clara la anotación con diversos colores de acuerdo al tratamiento que se va efectuar en cada diente. Los colores y signos que se usan para marcar el odontograma depende de cada odontopediatra. Todas las anotaciones se hacen tanto en el odontograma como en las historia clínica de cada pacientes.

El instrumental, espejos dentales, pinzas de curación, cucharillas para dentina y explorador, deberá cuidarse de que exista un equipo adecuadamente esterilizado para cada paciente.

### **CAPITULO III**

#### **MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL**

- A) PACIENTE DE PRIMERA VEZ**
- B) PACIENTE DE EMERGENCIA**
- C) MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA**

## MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio dental para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes también es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero como muestra la experiencia clínica pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina de las molestias que acompañan a las molestias dentales. El odontólogo tendrá existos más duraderos el manejar al paciente sí trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo con estos conocimientos.

Es de interés observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos de tiempo muy pequeños. El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar, ya que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor. El odontólogo tiene a veces dificultades opara comprender esta actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño, el acondicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consul-

torio dental.

Se puede seguir razonando por esta línea y declarar que el niño se comportará en el consultorio dental de alguna manera que en el pasado le sirvió, para liberarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su conducta. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción.

Ya hemos discutido la importancia de traer al niño al dentista desde un principio para que se familiarice con el doctor y con el medio dental. Si se maneja al niño adecuadamente es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de como impresione el odontólogo al niño y como va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberá realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Los sentimientos de un niño no pueden ser ambivalentes. Si está asustado, realmente tiene miedo. No puede temer a alguien y a la vez sentir afecto por él. No puede estar enfadado con alguien y sentir cariño por la persona. Por lo tanto, si se está tratando con un niño asustado y temeroso deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista.

Sí es posible el odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarlo.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental, no se debe dejar el tratamiento para después ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo; puesto que los miedos subjetivos en los niños pequeños no disminuyen por voluntad propia, incluso puede haberse intensificado el miedo a la odontología ya que una imaginación muy activa exagera la necesidad de huir. Siempre que se vaya a tratar a un niño se le debe explicar el por qué.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños. No espere que un niño venza actitudes inadecuadas con la edad; puede tardar años. aunque no es conveniente dejar el tratamiento para después, sí es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día que va a empezar el tratamiento.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. Este método da resultado con niños que aún no van a la escuela y en menor medida, con niños mayores.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio no es conveniente. Aunque muchos odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor.

Sí se permite al niño observar como se realizan los trabajos dentales en otros, le servirá de reto. Observar a un hermano mayor o a uno de sus padres en la silla dental le dará más confianza que observar a un extraño. Si el niño ve que se realiza el trabajo sin dolor evidente, frecuentemente querrá e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos. Sí no observó expresiones de molestia en la persona que le precedió, pero descubre con sorpresa que le estan haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilución y tal vez pierda completamente la confianza en el dentista. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera.

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

El manejo del niño en el consultorio odontológico es el medio por el cual se puede completar un tratamiento para un pequeño paciente en el menor tiempo posible asegurando al mismo tiempo que volverá a continuarlo de buena gana. Está dirigido también a lograr que el niño consciente o inconscientemente, no reaccione desfavorablemente a los esfuerzos por mantener la salud de su dentición en el hogar.

El manejo del niño es más que simplemente convencer a una persona pequeña a que se someta a alguna forma de procedimiento odontológico; implica llevarle a aceptar que la salud de sus dientes es importante para él y que el odontólogo se convierta en una persona de quien guste y a quien respete.

El manejo correcto de los niños surge de una comprensión fundamental de su desarrollo mental y emocional. Se puede anotar una cantidad de "reglas de oro" la mayoría muy sensatas

pero no solo aplicaciones prácticas del conocimiento fundamental y no valen por sí solas. La mayoría de los odontólogos logran intuitivamente una respuesta favorable de los niños en grado variable mientras otros fracazan con frecuencia. Sin embargo todos pueden aprender como tratarlos en el consultorio odontológico, y hasta aquellos con una habilidad natural pueden mejorarla, aumentar sus logros y la cantidad de placer que deriven de ellos.

Existe una diferencia importante entre un niño y un adulto en la situación odontológica. Un adulto solicita un servicio a ser realizado en su boca. Si no le gusta el tipo de servicio que recibió busca satisfacción en otra parte. Los niños concurren al consultorio odontológico porque sus padres los obligan, si no les gusta la experiencia, igual se les obliga a volver. Esto afecta el problema en dos formas. En primer término podemos esperar que un adulto tolere alguna incomodidad inevitable porque concurre por su propia voluntad y puede apreciar el resultado; un niño sin embargo, puede no ver una buena razón para la atención del odontólogo y no mirará necesariamente al futuro de manera tan responsable.

Cuando el dentista desea obtener una cooperación en grado máximo de su pequeño paciente debe orientar al mismo desde su primera visita al consultorio; él al llegar al consultorio puede adoptar actitudes muy diversas por ejemplo tenemos:

1.- Llorón. Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante para todos los miembros del equipo odontológico. Más aún, puede elevar los niveles de ansiedad de todos los circunstantes. Requiere gran disciplina para seguir acercándose a estos niños de manera racional y objetiva. La comodidad del paciente constituirá una preocupación mayor. Como el niño suele gemir cualquiera que sea la naturaleza del tratamiento,

es difícil determinar cuales situaciones son de verdadero malestar y hay que supervisar al niño frecuentemente para establecer si hay una causa justificada de sus gemidos.

2.- Tímido. A estos pequeños hay que acercárseles confiada y a la vez cariñosa, cálida y humanamente. lo mejor es un abordaje suave, estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente, de modo que la utilización de personal femenino en la orientación puede resultar una beneficiosa aplicación de sus aptitudes.

3.- Vergonzoso. Los pacientes con estas características generalmente son tolerantes, pero no hay que abusar de su tolerancia si deseamos que continúe colaborando con nosotros en citas posteriores.

4.- Desafiante. Se hará un intento por establecer una comunicación. Con frecuencia parece difícil llegarle al niño, pero él está muy consiente de lo dicho por el odontólogo. El acto de desafío puede reflejar una ansiedad o temor subyacente.

5.- Nervioso o tenso. Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requiere estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Habitualmente cooperativos, estos jovencitos soportan su ansiedad lo mejor que pueden.

Para que el paciente infantil se convierta en un paciente colaborador, el dentista debe cuidar siempre algunos principios, como son:

1. Saludar al paciente con una sonrisa sincera.

2. Recordar el nombre del paciente.
3. Sea suave durante la exploración de la boca.
4. Diga algo amable al terminar el examen de los dientes.
5. No haga comentarios despectivos sobre el estado de la boca.
6. Utilice palabras que sugieran relajación e inspiren confianza.

#### A) PACIENTE DE PRIMERA VEZ

Es difícil al ver al niño por primera vez determinar exactamente que reacciones mostrará hacia la nueva situación. Es imposible conocer sus verdaderos sentimientos y con frecuencia su temor no se manifiesta en forma evidente, sino que está bajo la superficie, listo para irrumpir en cualquier momento. La cantidad de experiencias nuevas que puede encontrar antes de perder su autocontrol es limitada y varía mucho de un niño a otro o en el mismo niño. Dependiendo de la ocasión y del ambiente. Es mejor por lo tanto suponer que el niño puede aceptar solamente pocas experiencias nuevas por vez y graduarlas con cuidado.

Las nuevas experiencias que deben influirse en la primera visita son el viaje al consultorio, la sala de espera, la recepcionista, el consultorio mismo y el odontólogo. Esto es la meta de la visita, por lo cual debe ser corta ciertamente no más de 15 minutos. Debe limitarse a obtener una historia breve, haciendo un examen del paciente y su boca, nada más con una inspección visual ayudada con un espejo bucal si es necesario, y el pulido de los dientes con una taza de goma cuando corresponde solo a los dientes anteriores.

Esto suma tantas experiencias nuevas como puede tole-

rar un niño gratamente en una visita, y no compromete al operador a situaciones difíciles de las que podría resultarle embarazoso salir.

Para que esta primera visita tenga éxito, es preciso que todo esté listo en el consultorio antes que el niño entre y no debe esperar. La conducta deseable del niño en la primera visita, por lo tanto es que entre al consultorio acompañado por su padre, se siente en el sillón dental cuando se le pide que lo haga (habitualmente después de obtenida la historia), abra la boca y la mantenga abierta mientras se hace el examen y se pulen los dientes. Esas conductas específicas deben ser recompensadas y las que impiden alcanzar las metas deben ser sancionadas.

Hay que conocer el nombre del paciente antes de su llegada. Siempre que sea posible, es mejor conocer a la madre y a su hijo en una habitación separada del consultorio, o tener una parte del consultorio amueblada como zona de consulta amueblada con una mesa y sillas. A la madre hay que darle oportunidad de hablar de su hijo. Averiguar sobre la historia médica y odontológica previas, sus antecedentes sociales, sus gustos y rechazos.

En el consultorio la atención del operador se dirige ahora al niño se le explica porque se le van a observar sus dientes y se le pide que se siente en el sillón dental, no debe intentarse levantar a un niño pequeño, debe llevarsele suavemente de la mano y esperar que trepe al sillón, si es necesario con alguna ayuda del operador.

El odontólogo debe sentarse entonces frente al niño y hacerle uno o dos comentarios breves. Es importante explicarle cada procedimiento antes de realizarlos, por otra parte,

no hay necesidad de gastar tiempo en explicaciones prolongadas o juegos con el equipo. Niño, padre y odontólogo quieren completar los procedimientos necesarios en el tiempo más corto posible y este debe ser claramente el propósito.

El sillón se adapta adecuadamente a la altura y posición correcta de modo que operador y paciente estén confortables y luego se examina la boca en general, dejando el examen detallado para la próxima visita.

En la segunda visita el niño ya está familiarizado con el ambiente odontológico, el operador y su personal, está listo ahora para conocer cosas nuevas.

La historia y el examen pueden completarse y tomar las radiografías que sean necesarias. Los dientes son pulidos nuevamente con una taza de goma y pasta dentrífica y puede comenzarse con una restauración simple. Las visitas subsiguientes pueden introducir más cosas nuevas a un ritmo aceptable para el paciente, hasta que se sienta bien como en "su casa", con todos los aspectos de la odontología.

#### B) PACIENTE DE EMERGENCIA

El manejo del paciente puede no presentar grandes dificultades si el niño es traído para tratamiento antes de que haya experimentado algún dolor.

En estas circunstancias, es razonable ocupar una o dos visitas iniciales para aclimatar al paciente. Sin embargo, surgen problemas cuando el niño es traído por primera vez con dolor. En este caso, la aprensión del paciente aumenta por el recuerdo creciente del dolor, pérdida de sueño y la preocupación de los padres.

Es útil, entonces evitar cualquier procedimiento operatorio, si es posible, en la primera visita. Suele ser adecuado obtener una historia, hacer un examen, pulir los dientes y recetar un analgésico adecuado. El paciente debe ser visto en 24 a 48 hrs. cuando esté mucho más adaptado y dispuesto para el tratamiento activo de su diente. Aún en este estadio, debe efectuarse lo menos posible para que el niño se sienta cómoda. El diente quizá llegue a extraerse, pero en el momento más apropiado dentro del plan de tratamiento. El dolor pulpar o periapical en un diente primario frecuentemente se va o se reduce drásticamente en intensidad, después de 48 hrs. La pulpa infectada por lo común muere rápidamente, o el absceso apunta pronto en el surco vestibular. Si el dolor se controla con frecuencia se reduce la necesidad inmediata del tratamiento y éxito del subsiguiente aumenta mucho.

Los medicamentos utilizados y la terapia pulpar moderna permiten controlar el dolor pulpar temporariamente en dientes permanentes con un mínimo de interferencia técnica.

Si el niño presenta hinchazón facial y pirexia entonces corresponde algún tratamiento operatorio. La situación debe ser aceptada y el tratamiento efectuarse tan cuidadosa suavemente como sea posible.

Rara vez se presenta un niño con dolor en el momento, comunmente, hay una historia de dolor el día o la noche anterior. Es imperdonable que un pequeño entre al consultorio sin sentir dolor, pero salga llorando con un diente dolorido por interferencia del odontólogo. Por extraño que pueda parecer, esto no es frecuente. Debemos recordar que un niño vive solo para el presente.

El dolor experimentado la noche anterior puede haber ocurrido una semana, un mes o un año atrás. El no está preocu-

pado como el adulto, porque el dolor pueda volver en la noche sólo que se ha ido. El odontólogo que trae de nuevo el dolor no importa su nueva intención, es un villano. No obstante el niño con dolor suele estar muy dispuesto a permitir que el odontólogo intervenga para librarlo de ese dolor.

### C) MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA

Cuando se trata niños, son importantes la hora y duración de la visita. Ambas pueden afectar al comportamiento del niño. Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación, en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura por muy tranquilo y deseoso de cooperar que esté, difícilmente podrá volver a hacerlo.

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

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales y la visita al dentista solo añadiría más ansiedades y desconciertos. En estos momentos, será muy difícil lograr cooperación y puede encontrarse dificultades emocionales.

**CAPITULO IV**  
**DESARROLLO PSICOLOGICO EMOCIONAL**

**REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA**

**A) ANSIEDAD**

1. Ansiedad y dolor
2. Ansiedad y sentido del desamparo

**B) MIEDO**

1. Tipos de miedo
2. Temores objetivos
3. Temores subjetivos

**C) DOLOR**

1. Observaciones del paciente
2. Descripción del dolor
3. Medidas psicológicas para encontrar dolor y el miedo en niños pacientes.

## DESARROLLO PSICOLOGICO EMOCIONAL

La emoción es un factor básico en la conducta del hombre. Las actividades intelectuales más objetivas no pueden librarse totalmente de los sentimientos humanos.

Al analizar la motivación hemos comentado la interdependencia entre los procesos motivacionales y los factores sociales. Los motivos explican por qué actuamos de esta manera y no de aquella; las emociones nos dicen que nuestra experiencia subjetiva y como se la expresa externamente. Nuestra experiencia ~~emotiva~~ se encuentra afinada positiva o negativamente o puede oscilar entre los polos opuestos del placer y su contrario en el caso de las reacciones emocionales llamadas ambivalentes. En su esencia, la emoción se caracteriza como una calidad psicológica.

Lo común es que los estados emocionales intensos vayan acompañados de reacciones fisiológicas complejas en las zonas motoras, en el sistema vegetativo y endocrino y en todo el organismo como formas complejas de expresión emocional.

Aunque hasta el momento no se ha tenido buen éxito en definir una teoría de la emoción de aceptación general, todas las disciplinas importantes en especial las de carácter psicológico y fisiológico, que estudia las emociones se ha concentrado en los problemas fundamentales de los procesos emotivos, en especial en cuestión de que naturaleza tienen las emociones, de qué modo se las expresa, como funcionan, que importancia tienen para el organismo, de que mecanismo surgen, cuales son sus manifestaciones psicológicas y fisiológicas, cual es su ubicación anatómico-fisiológico y finalmente como se relacionan con la personalidad y como las dirigen los factores sociales.

Cuando se estudia la emoción suele hacerse incapié en su importancia biológica como componente regulador de la vida mental de las personas. El punto clave biológico de la regulación mediante las emociones está en que se avisa al organismo que ha ocurrido una desviación a partir del equilibrio homeostático de los procesos mentales. Si careciera de la capacidad para reaccionar emotivamente, un organismo no podría adaptarse a condiciones de vida en cambio constante; es decir, el significado y el papel de las emociones son adaptativos. Lo común es que las emociones parezcan cuando la aceptación resulta difícil; por ejemplo en situaciones de stres, en condiciones especiales surgidas en el organismo (y enfermedad), en situaciones poco comunes, cuando se presentan discrepancias entre la motivación de la persona y la posibilidad de adaptación.

Ya que las emociones están relacionadas con los procesos del pensamiento y expresan relaciones con cosas, personas, fenómenos, ideas, etc. Las clasificamos en grupos individuales. La teoría psicológica acepta numerosos criterios para clasificar las emociones, digamos, por su polaridad, por su influencia sobre la actividad, de acuerdo con el tipo de reacción, con el de personalidad, de su evaluación objetiva y de acuerdo con su origen (emociones innatas y adquiridas). Dados los propósitos de la psicología social, se propone el siguiente modo de clasificar las emociones en grupos: a) Estados emotivos; b) Emociones sociales por las que se expresan relaciones con otras personas y con la sociedad; c) Emociones especiales relacionadas con valores superiores, es decir, los llamados sentimientos elevados.

Estados emotivos. Se incluyen aquí disposiciones de ánimo (triste, alegre, miedoso, valiente, entusiasta-reactor, reidor-llorón, agresivo-amable o Benévolo).

**Emociones sociales.** Las emociones paternales o maternas están situadas entre las sociales. Tiene una fundamentación biológica, pero el contacto con los hijos las profundiza y diferencia.

**Emociones especiales.** Estas incluyen aquellas condiciones por los nexos de familia, de grupo, de escuela, de amistad, de clase social o de patria. Pertenecer a un grupo social produce emociones placenteras y en algunos casos desagrables.

La vida implica cierto grado de emoción, pero siempre las emociones pueden perjudicar al ser humano cuando no tiene el control necesario y puede crear tensiones que entorpezcan su vida y desarrollo. Existen características que describen experiencias emocionales, como son:

1.- Los estados emocionales van desde los estados afectivos suaves de agrado y desagrado, que acompañan virtualmente a toda la conducta, a los estados afectivos más intensos, conocidos generalmente con el nombre de emociones. Los estados más intensos pueden clasificarse en los que son agradables (alegría, amor), y los que son desagradables (ira, temor, dolor).

2.- Los estados emocionales de la forma en que son experimentados en la vida ordinaria son complejos y es poco útil pretender hacer una rígida distinción entre ellos. Los estudios de los procesos corporales de la emoción demuestran que son comunes a todas las emociones intensas profundos cambios, aunque se ha visto, que es posible hacer cierta diferenciación fisiológica. Por ejemplo un estudio puso de manifiesto que las respuestas de miedo podían atribuirse a la acción de la adrenalina y las de la ira a la adrenalina combinada con la noradrenalina.

3.- La interpretación de la expresión emocional fijándose en la cara, en los gestos y en la voz es algo más fácil, porque junto a las expresiones naturales están las expresiones convencionales que la cultura usa como su lenguaje de la emoción.

4.- Desarrollo emocional se produce mediante la maduración y el aprendizaje. A medida que el niño crece la excitación difusa presente en el momento del nacimiento se diferencia en cierta variedad de estados emocionales. El hecho de que la maduración influye es puesto de manifiesto tanto por el modelo regular del desarrollo emocional de los niños normales, como por las semejanzas de la expresión de la emoción de los niños sordos y ciegos, con la de los niños físicamente normales. El aprendizaje actúa tanto al determinar las ocasiones en que pueden expresarse tranquilamente las emociones como en configurar la forma de la expresión por adaptarse a las normas aprobadas en la cultura. Las tendencias emocionales se asocian con personas, objetos e ideas. Estas tendencias varían desde las actitudes hasta los prejuicios y los complejos. Las tendencias particulares de cada individuo son importantes en su conducta.

5.- Cuando se consideran los estados emocionales en relación a la motivación, se observa que las emociones pueden actuar como tendencia, como metas o como acompañamientos de la conducta motivada. Las emociones, tales como el temor y la ansiedad funcionan como tendencias porque son estados de tensión que buscamos liberar mediante la conducta apropiada en relación a un incentivo. Cuando la meta de la conducta motivada, es la excitación o el estremecimiento, la emoción actúa como un incentivo.

6.- Las emociones como acompañamiento de la conducta

motivada surgen el curso de la actividad que busca un fin cuando dicha actividad está bloqueada o frustrada. El estudio de la risa proporciona una introducción adecuada a la naturaleza de los acompañamientos emocionales agradables, de la misma forma que la ira proporciona una introducción a los acompañamientos emocionales desagradables.

7.- Las emociones pueden ser a la vez útiles y perjudiciales: pueden servir a los propósitos de la adaptación suave y de la resolución de los problemas, pero pueden también interferirse con estos propósitos. Algunos cambios fisiológicos que acompañan a la emoción excitada dan energía al organismo para la acción y por tanto sirven de ayuda a la supervivencia de los animales cuando están librando un combate. Aunque estas "reacciones de emergencia" pueden haber sido útiles a los hombres primitivos, son de poco valor en nuestra cultura donde la emoción violenta está mal mirada. La cuestión puede ser un asunto de intensidad. Los estados emocionales suaves son tónicos y beneficiosos, los estados emocionales fuertes son debilitadores y nocivos.

8.- Los estados emocionales que se soportan con mayor frecuencia, conocidos bajo el nombre de humor y temperamento, pueden bajo determinadas circunstancias mantener la tensión interna con consecuencias nocivas para el organismo. Estas dificultades son estudiadas como desordenes psicossomáticos.

9.- La civilización moderna puede haber ido demasiado lejos en la búsqueda de suprimir la expresión emocional, el esfuerzo por desembarazarse de la emoción mediante la supresión o la represión tiene poco éxito, como se demuestra por los signos de los efectos emocionales, residuales registrados en un detector de mentiras o manifestadas en las enfermedades psicossomáticas. La expresión emocional puede ser beneficiosa

para la salud. Es posible aceptar las emociones como normales y naturales, aunque canalizando la expresión emocional en formas socialmente aceptables.

La vida sin emoción sería muy monótona, sino hubier gozos ni alegrías, esperanzas ni desmayos, estremecimientos ni triunfos, el calor y el color faltarían en la experiencia humana.

Siempre, el cirujano dentista tiene que saber apreciar las emociones o necesidades humanas ante otra persona ya que todo ser humano tiene sus sentimientos y los está expresando según haya aprendido a dominarlas.

#### REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA

Nuestro objetivo es conocer los problemas emocionales del niño, especialmente con tratamientos y pláticas dentales y ofrecer al odontólogo una visión de las emociones o influencias que pueden producir ansiedades innecesarias en los niños.

En cualquier situación problemática, el modelo del comportamiento de un niño está limitado por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio.

La herencia no se puede alterar, el comportamiento es consecuencia del medio y sí puede alterarse; se puede desarrollar y controlar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad adecuada para la sociedad en que se encuentre.

Uno de los medios que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable

con todos los que lo rodean y la sociedad que le satisfaga sus necesidades emocionales.

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen agrado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados o preparados para poder empezar el tratamiento odontológico.

Si el dentista va a realizar tratamientos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar llegar en situaciones extremas, a la neurosis. La individualidad de cada persona está dada por la forma particular que tiene para manejar su ansiedad, ya que esta existe en todos los seres humanos.

Una forma especial de miedo es la ansiedad. Difiere del miedo corriente en los siguientes detalles: el miedo a menudo se reacciona a una situación amenazante inmediata, mientras que los estímulos de la ansiedad son imaginarios. Para preocuparse, el individuo tiene que llegar a una etapa de su desarrollo mental en que le sea posible imaginar los sucesos y las cosas.

#### A) ANSIEDAD

La ansiedad es un estado intimamente relacionada con el miedo y como este tiene consecuencias motivacionales. El término ansiedad es el vocabulario de la emoción por proceder del lenguaje de la vida ordinaria.

La ansiedad es ante todo un estado de aprensión de preocupación, de inquietud. Aunque el temor ordinario tiene siempre un objeto, la ansiedad es un temor con un vago objeto o carente de objeto. Por tanto un significado de la ansie-

dad es temor vago.

Un estado de ansiedad, como el de temor es un estado desagradable, un estado de tensión del que procuramos huir. De aquí que la ansiedad también puede ser considerada como una tendencia.

El pensamiento de comportarse de otra manera le hace sentirse culpable y despierta su ansiedad. Debido a que la ansiedad es desagradable se tiende a evitarla, es decir, se tiende a obrar con mayor frecuencia de acuerdo con los dictados de su conciencia.

#### 1. Ansiedad y Dolor

Cuando el organismo presenta un estímulo de dolor inmediatamente la persona tiene una reacción protectora. Así como la ansiedad se vuelve un sustituto psicológico del dolor y por medio de procesos de asociación y la experiencia se va a proteger al organismo anticipándolo al dolor.

Cuando ocurren estos casos, el organismo actúa antes de que el daño ocurra o sea mayor. La angustia estimula las reacciones de defensa y de evitación como cuando el individuo tiene que afrontar una situación que no puede evitar, como ejemplo, tener cita con el dentista para un tratamiento dental, va a surgir la angustia y se provoca un estado de tensión y cambios emocionales en el paciente.

Se debe saber tratar y reconocer los aspectos de angustia y anticipación que preceden al dolor.

Cuando una persona se presenta al consultorio dental con un sentimiento de ansiedad exagerado, va a tener expe-

riencias dolorosas reales y exageradas, va a disminuir el umbral del dolor y es posible que llegue a una tolerancia mayor de medicamentos.

## 2. Ansiedad y Sentido de Desamparo

El sentimiento de angustia en un niño se domina por medio de mecanismos compensadores como el logro de independencia. Las defensas psicológicas frente a la angustia de desamparo y debilidad, son el dominio y el control en la persona.

Cuando el individuo se somete a un tratamiento dental, esta abandonando algo de su dominio e independencia. Esto ocurre cuando el paciente se encuentra en el sillón dental casi inmovilizado, sin poder hablar o moverse y solo viendo al dentista junto a él y con el instrumental.

Muchos niños que llegan al consultorio dental, están inseguros y ansiosos, para que estos sentimientos disminuyan es necesario tratar al paciente muy lentamente hasta que haya superado los sentimientos pasados.

Algunos niños que están angustiados pueden tener reacciones agresivas o violentas, el dentista debe darse cuenta si la reacción es de temor o de rabieta. Si el niño está realmente asustado el odontólogo debe mostrarse comprensivo y su tratamiento debe ser con lentitud. Si el niño tiene situaciones de rabieta, el odontólogo deberá mostrar su autoridad y dominio de la situación.

### B) MIEDO

El miedo es una experiencia desintegrante, de valor

negativo para el ser humano.

## ESTIMULOS DEL MIEDO

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, es una de las emociones primarias, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se puede demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El niño no aprende a temer sino que su ambiente social le indica que debe temer. El número de estímulos que el niño y más tarde el adulto teme depende de las experiencias emotivas tenidas. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, sino puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

Según el desarrollo del niño su capacidad mental va aumentando, y los estímulos pueden ir siendo más imaginarios. Puede retornar al pasado o anticiparse al presente, sufriendo su miedo de situaciones remotas o futuras. Cuando el niño amplía sus conceptos de competencia y aprobación social aparecen temores como perder el prestigio y ser ridiculizados o rechazados por los demás. Los miedos que se deben a la falta de experiencia y conocimiento desaparecen según transcurra el desarrollo.

En la adolescencia los miedos tienden a ser estimulados por otros seres humanos. En los primeros años de esta etapa, el individuo carece de seguridad emocional. La timidez

es el tipo de miedo que más predomina en estos individuos.

Los miedos están muy relacionados con la falta de competencia del niño para afrontar la situación. Las manifestaciones de temor por parte de los adultos puede afectar al niño en dos direcciones. No solo advierte que existe una situación peligrosa, sino que también se debilita el sentimiento de seguridad que le proporciona la protección del adulto.

A pesar de que muchos de los miedos del niño se desaparecen con el tiempo, una porción considerable persiste en la edad adulta. Los que se pierden son aquellos que se relacionan con estímulos concretos-objetos y personas, los que surgen de una situación que no vuelve a repetirse. Los miedos de la niñez que generalmente perduran en los años adultos se relacionan con animales, con estímulos que pueden causar daños corporales.

#### REACCIONES A LOS ESTIMULOS DE MIEDO

La reacción que más acontece a las situaciones de miedo es la rigidez e inmovilidad del cuerpo. Luego se produce la fuga. Conforme aumenta de edad el niño aprende a eludir anticipadamente el estímulo del miedo. Los síntomas externos del miedo disminuyen según el desarrollo del niño. Gradualmente el niño aprende a ocultar sus emociones.

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo, y modifica la eficacia del condicionamiento. Los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad. El comportamiento emocional como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

La impresión es una forma rígida de aprendizaje, ocurre incluso antes de que se presente el miedo, y tiene efectos duraderos. Las experiencias dolorosas aumentan su eficacia.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención materna en la personalidad del niño, y su acción al miedo posteriormente en la vida puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una situación nueva, responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va desertando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer.

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

El momento adecuado de presentar la odontología al niño es cuando tiene de 2 a 3 años, es importante estudiar los estímulos de importancia dental y que producen miedo, desde esta edad hasta la adolescencia. Obviamente, no se puede esperar de un niño reacciones y comprensión que sobrepase su capacidad mental en cualquier edad determinada.

Los primeros temores o reacciones que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido.

En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es difícil de controlar, en muchos aspectos el niño se comporta de manera primitiva, al tratar de luchar con la situación o huir de ella, cuando no se puede llevar a cabo esto, aumenta su miedo y entonces la comunicación del dentista con el niño puede ser muy difícil.

El odontólogo debe estar consciente de las reacciones a los estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

#### 1. Tipos de Miedo

Contrariamente a lo que en general se cree dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que los producen pueden dañar realmente al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme a castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad.

El enfoque del entrenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros, que realmente existen y evitarlo en situaciones donde no exista peligro. De esta manera servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñarle al niño que el consultorio dental no tiene que inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza, llevar al niño al dentista no deberá

nunca implicar castigo ya que emplearlo así crea indudablemente miedo al odontólogo.

Si el niño aprecia al dentista el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar disciplina del consultorio y para aceptar también que la mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

## 2. Temores Objetivos

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física y directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno.

Los temores objetivo son reacciones a estímulos que se sienten, ven, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable.

Un niño que anteriormente a tenido contacto con un dentista y ha sido manejado tan deficientemente, que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrolla miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia cuando se le hace volver. El odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

Un niño qu ha sido tratado deficientemente en un hos-

pital o que sufrido intensos dolores inflingidos por personas con uniforme blanco, puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares del dentista o los higienistas dentales.

El olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables pueden causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental.

El miedo hace también descender el umbral del dolor de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado lleva aprensiones todavía mayores

### 3. Temores Subjetivos

Los temores subjetivos estan basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que le rodean, sin que el niño los alla experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oir de una situación desagradable, que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas pronto desarrollará miedo a esa experiencia.

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

Los niños tienen un miedo intenso a los desconocido, cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que se obtengan pruebas de que su bienestar

no se vea amenazado por ello.

Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que teme sea dolorosa, hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología.

En la odontología actual no se debe inflingir dolor innecesario, ningún padre por lo tanto deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hechos tan genuinos como el que estaba observando en otros.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede hacer muestra de ello y el niño puede adquirirlo sin que ninguno de los dos se de cuenta. Son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional trasmite inconsciente miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar la mano del niño en el consultorio dental, es como un gesto de aliento y puede hacerse sospechar al niño y empezar a sentir miedo.

Generalmente mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando en consecuencia estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

Los temores más difíciles de eliminar y superar son los que vienen de tiempo atrás.

### C) DOLOR

La asistencia dental del niño exige un contacto personal de confianza mutua entre el equipo dental y el paciente. Los procedimientos dolorosos son el factor que va a influir más, junto con el temor y la ansiedad en el tratamiento dental. Si no se le toma por sorpresa, el niño tiene una cantidad bastante notable de tolerar molestias poco importantes, pero debe evitarse totalmente el dolor más acentuado. La respuesta de cada niño al dolor y a la angustia es compleja y esta influida por numerosos factores psicológicos.

Los procedimientos dolorosos provocan temor y ansiedad, es decir, el temor y la ansiedad potencian la sensación dolorosa.

El dolor es una de las influencias más poderosas que afectan a las actitudes personales para asistir al consultorio dental. Las experiencias que han sufrido algunas personas al transmitir las a otras hacen que se intensifique el estímulo del miedo y del dolor cuando tienen que asistir al consultorio dental, o muchas veces las experiencias pasadas los padres procuran el bienestar de sus hijos buscando cuidados tempranos y preventivos.

La odontología tiene que satisfacer a todo tipo de personas y para esto necesita conocer técnicas que puedan hacer desaparecer los miedos y tranquilizar el dolor. El odontólogo tiene dos problemas en sus esfuerzos por controlar y prevenir el dolor en tratamientos dentales cuando no se puede identificar y tratar bien los siguientes hechos:

1o. La percepción del dolor y las reacciones son determinadas en gran parte por la ansiedad y el miedo especialmente en niños, cuando existen circunstancias amenazadoras.

2o. Se considera cuando se trata de niños, es que estos tienen capacidad limitada para describir claramente sus experiencias y sentimientos, y también se ven limitados para expresarlos objetivamente en especial cuando sufren o están atemorizados.

#### 1. Observaciones del paciente

Los signos físicos que ayudan a estimar el dolor es el llanto, evitar el contacto físico con la parte dolorosa, pérdida de apetito, palidez, insomnio, estupor o inconciencia.

Cuando el dolor es muy intenso las pupilas pueden dilatarse y pueden producir contorsiones faciales y agitación física.

#### 2. Descripción del dolor

El dolor es descrito a menudo como superficial-punzante, urente, continuo, pruriginoso- y también dolor profundo, que se caracteriza por hacer sufrir mucho.

Las palabras elegidas para describir el dolor ofrecen

cierta visión del contenido emocional de la reacción del paciente o de los padres. Son manifestaciones cargadas de sentimientos o pueden dar una impresión demasiado ligera.

Los niños pequeños que no pueden describir claramente sus experiencias y sensaciones, y de esta manera, los padres pueden demorar su actuación basándose en sus quejas, hasta que el dolor se vuelva casi incapacitante cuando se les lleva al odontólogo, en esos momentos el niño tiene recuerdos vivos y recientes de intensos dolores dentales.

Muchas veces cuando el dolor a pasado, la persona puede señalar otros lados en donde no haya existido el dolor, debido a que este se irradió a otro sitio.

Es raro que los niños finjan dolor dental. Por el contrario muy a menudo lo niegan, incluso cuando lo están sintiendo.

### 3. Medidas psicológicas para encontrar el dolor y el miedo en niños pacientes

La confianza y la reducción del miedo pueden provenir de la amabilidad, la confianza en sí mismo y el interés por el bienestar de las personas, de parte del odontólogo.

Es más eficaz un tratamiento dental cuando se conocen las diferencias educacionales, culturales y sociológicas entre los pacientes y los familiares. Una diferencia de este tipo puede darse por la sedación operatoria, ya que algunas personas la considerarán necesaria, otras la consideran como una amenaza para el organismo por el abuso del narcóticos.

Se ha señalado peligros de interpretaciones de compor-

tamiento de la persona, particularmente el niño paciente en el consultorio dental. Se recomienda que se tengan precauciones extraordinarias, al utilizar drogas para sedar niños, ya que existen buenos y malos aspectos en la ansiedad.

El dentista puede crear una confianza en el niño cuando se establece un buen ejemplo que es un refuerzo positivo que alienta el comportamiento deseable. Así podrá seguir el tratamiento conforme siga sus instrucciones el paciente estará compenetrado en el odontólogo y este tendrá una buena conducta y un buen aliento en los sentimientos positivos.

Los niños son muy susceptibles a la instrucción y sugestión de los adultos. A menudo se utiliza la sugestión para controlar la reacción del dolor y miedo en el tratamiento dental.

En algunos niños altamente sugestionables pueden deslizarse a un estado hipnótico sin que nadie lo intentara y sin que nadie se de cuenta de que esto ha ocurrido, existen algunas frases tranquilizantes que se usan para calmar a los niños durante el tratamiento dental, que puede evitar enfurecimientos en el paciente niño.

Para la sugestibilidad del niño es posible conservar la atención normal de esta y la cooperación.

## CAPITULO V

### FACTORES PSICOLOGICOS EN LAS INCAPACIDADES INTELECTUALES Y EMOTIVAS

1. El niño con retraso mental
2. El niño superdotado
3. El niño con problemas emocionales

### Componentes psicológicos de la incapacidad física

1. El niño con defecto del habla
2. El niño con visión deficiente
3. El niño con deficiencia auditiva
4. Los niños con lesiones cerebrales
5. Los niños invalidos

## FACTORES PSICOLOGICOS EN LAS INCAPACIDADES INTELECTUALES Y EMOTIVAS

El niño es un ser humano con tantas variantes orgánicas, psíquicas químicas, involuntarias todas ellas casi siempre, es lo que hace al niño que sea un paciente versátil en su conducta y en su manejo. El estudio de la infancia guarda una relación con los problemas más amplios y más generales de la mente y su desarrollo.

De pocos años a la fecha la investigación científica ha avanzado continuamente y con notable velocidad. Como otros campos científicos el de la psicología del niño esta creciendo y prosperando, y en un lapso relativamente corto esta área a adquirido un aspecto nuevo, completamente diferente al anterior.

Hace casi 25 años la materia de estudio de la psicología del niño estaba limitada esencialmente a exposiciones de la tendencia del desarrollo, a descripciones de los cambios físicos, psicológicos y de las características de la conducta que acompañan en la edad. La investigación anterior en materia de psicología del niño consistió en gran parte en descripciones detalladas de los "pasos" sucesivos mediante los cuales el niño adquiría tipos limitados de conducta, como caminar y hablar.

Los psicólogos del desarrollo actualmente se preocupan más de problemas como son los que atañen a la adquisición del primer lenguaje, los efectos posibles de la estimulación sensorial a temprana edad en el desarrollo intelectual ulterior y el fenómeno de formación de vínculos con otros.

La psicología del desarrollo como otros campos de

la psicología, tiene como fines primordiales la descripción, la explicación y la predicción de la conducta humana; y, de manera más especial, el crecimiento y desarrollo de la conducta humana.

La psicología del desarrollo no es un campo aislado independiente los principios del aprendizaje, de la percepción, de la motivación y de la conducta social, tienen tanta aplicación en la psicología de desarrollo como en otras ramas de la ciencia.

Muchos aspectos de la conducta de los adultos no se pueden explicar convenientemente sin utilizar los datos de la psicología del desarrollo. Los psicólogos del desarrollo estudian al niño no solo para comprenderlo, si no también por que el desarrollo a edad temprana afecta la conducta ulterior. El punto fundamental es el de que las respuestas adquiridas a muy temprana edad guían el subsiguiente desarrollo de la personalidad, así como la adaptación por el cual dan alguna continuidad a la conducta individual. De ahí que la comprensión plena de la conducta adulta descansa en el conocimiento del desarrollo a temprana edad.

Es evidente que el estudio de la psicología del niño tiene un gran valor teórico. Su estudio sistemático puede tener también aplicaciones prácticas, puesto que nos proporciona hechos que nos son útiles para la comprensión y el diagnóstico de la conducta del niño y para indicar métodos de modificación de la conducta.

En gran medida, los orígenes de las desdichas y de los sentimientos de insuficiencia del adulto deben buscarse en la niñez del individuo, por consiguiente, para comprender

en algún grado de complejidad y profundidad los problemas psicológicos del adulto, tenemos que enterarnos de la historia de su desarrollo a temprana edad.

Sin embargo, no es solo la conducta normal las que tiene mucho de sus orígenes en la infancia, gran parte de las características determinantes de la personalidad y de las pautas sobresalientes de conducta del adulto normal pueden remontarse a factores de sus años jóvenes un hombre puede ser tímido y retraído, o cordial, expansivo, generoso o avaro., independiente en sus acciones o dependientes de otros, perezoso o ambicioso, tenso despreocupado, pasivo o agresivo. Todas estas características son producto del singular desarrollo de su personalidad pero, en particular, son resultado de las experiencias íntimas de su infancia. De manera semejante, las grandes metas vitales y la filosofía general del individuo (Su elección de vocación y las satisfacciones que espera que le proporcione la clase de persona con la que deseara casarse y lo que espera de sus propios hijos), Solo pueden comprenderse plenamente en función de su historia total de su desarrollo.

Para comprender la conducta del niño que se esta desarrollando hay que tener en consideración muchos factores. A menudo, la conducta más sencilla es resultado de múltiples influencias diferentes. Fundamentalmente estas influencias quedan comprendidas en cinco grandes categorías:

1. Variables biológicas determinadas genéticamente
2. Variables biológicas que no son genéticas (Por ejemplo, falta de oxígeno en el momento del parto; mal funcionamiento de la glándula pituitaria).
3. El aprendizaje anterior del niño
4. Su ambiente psicológico social inmediato (Esto

- es, sus padres hermanos, compañeros y maestros), y
5. El medio social y cultural general en el que se desarrolla.

A las dos primeras influencias se les ha llamado fuerzas de la naturaleza; a las otras tres, fuerzas del ambiente o de la crianza. En todo momento, la conducta y personalidad del niño son el producto de la continua acción recíproca de la naturaleza y de la crianza.

La herencia y no el ambiente es el hacedor principal del hombre... Casi toda la dicha y casi toda la desdicha del mundo no se deben al ambiente. Las diferencias que se observan entre los hombres se deben a las diferencias de las células germinales de las cuales han nacido.

1. El niño con retraso mental

El retardo mental es definido como "Un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el período de desarrollo y esta asociado con deterioro de aprendizaje y adaptación social o maduración o ambos".

Algunos autores piensan que la deficiencia mental no puede definirse por medio de reglas precisas, ni puede probarse exactamente. Un niño puede carecer de inteligencia pero, aunque esto puede probarse, los resultados no siempre constantes. Puede carecer de capacidad para ser educado, pero en realidad puede ser tardío en desarrollarse. Muchos de los pacientes considerados como ligeramente deficientes pueden, con la misma facilidad, ser incluidos en el extremo inferior de la escala normal, de manera que no hay un nivel real al que se puede decir que comienza la verdadera deficiencia.

Una de las clasificaciones más usadas comúnmente divide los grados de severidad en idiota, imbecil y débil mental.

Un idiota es un individuo incapaz de cuidarse así mismo contra un peligro físico común.

Un imbecil es una persona incapaz de manejarse así mismo o a sus asuntos.

Un débil mental requiere cuidado, supervisión, y control para su propia protección y para la protección de otros, es incapaz de recibir educación en la escuela.

La etiología de la deficiencia mental cubre una gran cantidad de factores que pueden dividirse en hereditarios y ambientales. El aspecto hereditario es la causa más importante.

Los factores ambientales que afectan el desarrollo mental incluyen infecciones en los periodos prenatal, perinatal y posnatal.

El objetivo de cualquier programa de rehabilitación y entrenamiento para el retardado mental es aumentar la capacidad funcional total del paciente. Es obvio que un paciente con deterioro intelectual puede tener más reducida sus potencialidades por defectos y problemas físicos. Su nivel mental debe ser conocido, de manera que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia. Se debe reconocer que la buena salud bucal no solo es fundamental para acrecentar el potencial biológico de estos pacientes, si no con frecuencia

lo es para aumentar su auto estima, dignidad y aceptación por la sociedad.

La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños, pero en los casos en que la cooperación es pobre, debe considerarse la rehabilitación con anestesia general.

## 2. El niño superdotado

Mucha gente tiene la curiosa idea de que los niños superdotados suelen ser miopes, de hombros caídos, endebles y de carácter extraño. Todo esto es falso, es imposible distinguirlos de los demás niños solo por su aspecto, los que los diferencian de los otros niños son sus inicitadas dotes intelectuales o creativas.

Algunos niños superdotados tienen un coeficiente intelectual muy elevado, estos niños por lo general tienen una actuación brillante en la escuela, a menos que sus dotes sean anulados por trastornos emocionales o de otra índole.

El niño superdotado es ante todo un niño, con las mismas necesidades físicas y emocionales, de las mismas niñerías, el mismo anhelo de ser aceptado y aprobado por los padres y los amiguitos la misma necesidad de disciplina y orientación que cualquier otro pequeño.

Los padres del niño superdotado comparten con la escuela la responsabilidad de proporcionarle los medios para cultivar su talento de ordinario, cuando el niño excepcional se siente atraído por algo, demuestra un interés muy profundo Existen muchas maneras de satisfacer su sed de conocimientos. A falta de museos especializados o giras de estudio, en la comunidad habrá personas especializadas en los que al niño

le interese.

Se debe permitir que el niño superdotado pruebe sus actitudes en la forma que le señale su propia imaginación. Tampoco debe considerarse un valor desmesurado a todo lo que hace, ni abrumarlo con elogios constantemente.

Que el niño superdotado lleve una vida normal o no depende de la actitud de los padres hacia él, y del concepto del que le ayuden a formarse así mismo.

Si el niño tiene hermanos menos dotados (Pero quizás más aptos para la convivencia), debe ponerse mucho cuidado en reconocer a cada uno de ellos. Todos los niños son dignos de elogios en algunos aspectos; el "genio" de la familia por lo tanto, no debe ser el centro de atención en todo momento a costa de los sentimientos de sus hermanos menos brillantes.

Algunos padres de niños superdotados hubieran preferido tener mejor solo hijos normales, pues consideran que la tarea de formar a un niño "prodigio" es demasiado pesada. Otros, al ver que su hijo es más o menos brillante en algún aspecto, se apresuran a calificarlo de superdotado. Si hace pensar al niño que es un genio, solo por que es el más brillante, tal vez esta abonando el terreno para que sufra una gran desilusión más adelante, cuando tenga que hacer frente a la fuerte competencia que se pudiera presentar más adelante.

Existe una diferencia cualitativa entre la persona que se esfuerza en sobresalir y la superdotada. El orgullo paterno es un sentimiento que ha de abarcar a todos los hijos pero nunca debe de terminar, sin embargo, que se trate de obligar al niño al llegar más lejos de que su capacidad le permite.

### 3. El niño con problemas emocionales

A medida que los niños crecen, su comportamiento cambia al modificarse sus deseos, sus conocimientos y su capacidad de aprender. Todo niño pasa por cierto número de etapas típicas, cada una con su conducta característica; aunque el comportamiento del niño en cada etapa, lleve el sello de su propia personalidad.

El problema de conducta es el planteado por un comportamiento en desacuerdo por la edad y desarrollo del niño. Las presiones de los padres la rivalidad con hermanos y hermanas y los conflictos en la escuela son difíciles de solucionar, pero, además el niño tiene que enfrentarse a sus emociones sin saber bien como dominarlas.

El camino que conduce hasta el control, el emocional no es fácil de recorrer. Es mucho lo que el niño tiene que aprender dentro de su hogar, y en cuanto empieza a tener amiguitos las dificultades aumentan.

En la "edad de la pandilla", los patrones emocionales, que hasta entonces se relacionaba casi exclusivamente con los padres, experimentan otra alteración, ya que el niño se ve obligado a desenvolverse entre sus camaradas fuera de su casa. Cuando todavía no termina de adaptarse llega a la adolescencia, que es un período de reajuste de orden físicos y cambios en los sentimientos hacia la propia persona, hacia la familia y hacia la sociedad. Los padres deben tener presente que en el niño las emociones están en procesos de "civilizarse". En los niños pequeños la agresividad y las actitudes negativas no significan maldad, si no que son manifestaciones normales del comportamiento que pueden y deben llegar a ser gobernadas en beneficio de la vida social. Cuando el pequeño

logre controlar sus emociones, dejara de ser niño.

Las frustraciones, y el consecuente cambio en la orientación de los impulsos, constituyen un aspecto fundamental del desarrollo emocional, ya que los conflictos desempeñan una función educativa.

El niño sabe que sus padres lo aman, lo cuidan y desean lo mejor para él. Esta confianza es básica para que se alcance un desarrollo emocional firme, pero si este sentimiento se quebranta o debilita es muy probable que aparezcan los conflictos emocionales.

El control de las emociones no significa solo una represión o supresión. La energía producida por la emoción tiene que desahogarse de uno o de otro modo, y cuando las vías de escape aparecen cerradas, la energía contenida puede provocar serios trastornos psíquicos.

Los padres no deben olvidar que sus hijos, a causa de su inexperiencia son víctimas de sus frustraciones y no siempre descargan su energía por medio de una conducta aceptable.

#### COMPONENTES PSICOLOGICOS DE LA INCAPACIDAD FISICA

Los niños físicamente impedidos pueden de manera comprensible tener mayores sentimientos de inferioridad que aquel físicamente normal. Que logre o no la superioridad, o que la logre con un éxito rotundo, depende de su estilo de vida.

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento odontológico

para el paciente impedido hera asequible solamente en centros médicos aislados, escuelas de odontología y un pequeño porcentaje de prácticas privadas. Muchos pacientes impedidos, cuando enfrentaban la necesidad de tratamiento odontológico, estaban forzados a sufrir el dolor o finalmente la extracción del diente. La mayoría de los odontólogos expresaban una falta de comprensión en el manejo de esos enfermos, y por lo tanto no tenían interés en tratarlos. Los que estaban dispuestos a intentarlos, tenían entrenamiento formal en estos problemas especiales pero les resultaba imposible brindar una atención completa a tantos pacientes.

Aunque históricamente algunas escuelas de odontología ofrecían enseñanza teórica y clínica sobre el manejo del paciente impedido, solo recientemente a aumentado el número de programas y cursos. Ya sea con subsidios federales y privados o por la iniciativa de líderes interesados en la educación odontológica, es de esperar que este cambio en los planes de estudio produjera una generación de odontólogos que puedan brindar una atención odontológica óptima a los pacientes impedidos.

Con las técnicas preventivas eficaces y la eficiencia operatoria mejorada por el empleo de auxiliares, nuevos materiales de restauración, equipo dental moderno y métodos avanzados para el manejo del paciente, ha habido también un aumento en el número de odontólogos dispuestos a hora a trabajar en esta clase de personas.

#### 1. El niño con defecto del habla

Cuando un niño habla de modo correcto o casi correcto pero en un nivel inferior al normal para su edad, tiene un

defecto cuantitativo del lenguaje. Su vocabulario por ejemplo es menor que el de los demás niños de su edad y su pronunciación se encuentra a un nivel más infantil. A este estado generalmente se le llama "Retrazo del lenguaje",. En cambio el "lenguaje defectuoso" es un lenguaje inexacto. Varía cualitativamente de la norma para la edad del niño y contiene un número de errores mayor del corriente.

El lenguaje defectuoso es más difícil de controlar que el retraso del lenguaje. Esto se debe en parte, al hecho de que las causas del lenguaje defectuosos son más graves y en parte a que los padres no reconocen la necesidad de emprender una acción correctiva antes de haberse vuelto habituales los defectos. En muchos casos, el lenguaje defectuosos se ve que se ha originado por modelos infantiles que el niño imita o por falta de dirección para hacer que el niño imitara correctamente a un buen modelo. En los casos graves ejemplo la causa es un defecto del mecanismo del lenguaje o una tensión emocional. Hasta los cuatro años de edad los niños presentan muchos defectos del lenguaje, después suele hablar más correctamente.

El término defecto se aplica solamente a los defectos de pronunciación, pero en su sentido amplio puede aplicarse a cualquier forma del lenguaje que sea incorrecto.

El término trastorno, en cambio se refiere a un defecto grave de la pronunciación.

Las formas comunes del lenguaje defectuoso de la infancia puede dividirse en tres categorías principales:

1. Defectos en el significado de las palabras,

2. Defectos en la pronunciación
3. Defectos en la estructura de la frase

Defecto en el significado de las palabras. Dado que en toda lengua, palabras que suenan igual van asociadas a cierto número de significados no sorprende que el proceso de aprendizaje de los significados el niño establezca asociaciones erróneas. Muchos problemas disciplinarios surgen no por la voluntad del niño de infringir las reglas, si no por una mala interpretación de las palabras con que estas se formulan.

Los errores de la asociación de la palabra son la base de muchas frustraciones en la infancia.

Ordinariamente los errores de asociación son descubiertos fácilmente por los padres o por los maestros. El resultado es que el niño aprende a usar más correctamente las palabras conforme aumenta de edad.

Defectos de pronunciación. Como el aprender a pronunciar las palabras es una habilidad complicada, todos los niños pequeños pronuncian incorrectamente algunas de las palabras que usan.

Cuando la pronunciación defectuosa se debe a un aprendizaje malo, puede corregirse con relativa facilidad y rapidez, pero si se debe a una malformación del mecanismo del lenguaje o atención emocional es más persistente y la corrección resulta más difícil.

En ocasiones, el origen de un defecto de pronunciación resulta ser un frenillo demasiado corto o una deformación

de los dientes, labios, paladar o las maxilares.

De todos modos la mayoría de los defectos de pronunciación se deben a causas ambientales: Aprendizaje deficiente, imitación de un mal modelo o intento de hablar demasiado de prisa por excitación emocional. También puede causar defectos de la pronunciación una audición defectuosa o, debilidad muscular o parálisis parcial de la lengua y los labios. Como ocurre en algunos casos de parálisis cerebral.

Los defectos de pronunciación pueden dividirse, a groso modo en dos categorías: Errores del habla y trastornos del lenguaje.

- Desde los 18 meses de edad hasta los tres o cuatro años, la mayoría de los niños cometen muchas faltas de pronunciación. Los errores que caracterizan el lenguaje debén generalmente derivar de un aprendizaje defectuoso que no ha sido corregido.

De hecho algunos padres fomentan el lenguaje bebé por que piensan que es "mono". El aprendizaje defectuoso que da origen al lenguaje bebé, es con mayor frecuencia resultado de la percepción grosera por parte del niño, de las palabras que oye, que de su incapacidad de pronunciar los sonidos elementales.

- Trastornos del lenguaje. Aunque algunos trastornos del lenguaje se debe a causa orgánicas, tales como obstrucciones nasales, malformaciones de los dientes, maxilares, labios o paladar, frenillo. Son con mucha mayor frecuencia resultado de trastornos emocionales.

## 2. El niño con visión deficiente

La visión imperfecta se debe por lo común a una conformación anormal del globo ocular. En circunstancias normales el cristalino enfoca la imagen sobre la retina.

La miopía, se debe a que el globo ocular es más largo en sentido anteroposterior de lo normal, circunstancia que hace que la imagen se forme delante de la retina. El cristalino puede enfocar los objetos colocados a poca distancia, pero no lo que está más lejos.

En la hipermetropía, sucede lo contrario, como consecuencia de que el globo del ojo es anormalmente corto, la imagen se forma atrás de la retina.

En el astigmatismo la visión es borrosa a causa de irregularidades en la curvatura del cristalino o de la córnea. Estas anomalías pueden corregirse mediante el empleo de anteojos.

Cualquier peculiaridad en la conducta del niño debe poner sobre aviso respecto a la posibilidad de un trastorno funcional de la vista. Debe de llevarse con el oftalmólogo a los niños que se les observe cualquiera de las irregularidades:

1. Se frotan los ojos excesivamente
2. Cierra o se cubre uno de los ojos
3. Inclina la cabeza hacia los lados, o a larga el cuello, hacia adelante.
4. Parpadea o muestra impaciencia al hacer algo que requiere fijar la vista muy de cerca.

5. Parece tener la mirada vaga cuando ve a alguien de frente
6. Acerca demasiado a sus ojos los libros u otros objetos
7. Tropezaba a menudo con objetos pequeños
8. Tiene dificultades al practicar juegos que requieren cálculo visual de distancias.
9. Frunce el entrecejo o aprieta los parpados
10. Tiene dificultad para leer.
11. Uno de los ojos esta ligeramente desviado hacia un lado.
12. Se queja de molestias y dolor al aproximarse a una luz muy intensa.

Existen diversos grados de ceguera. Algunos niños no pueden percibir la luz en absoluto, otros pueden distinguir solo cierta claridad y los hay que captan el movimiento. A veces les es posible ver formas borrosas, semejandose estas imágenes a las que ven las personas al mirar con el rabillo del ojo. Algunos niños pueden ver objetos con relativa claridad pero su campo visual es tal forma estrecho, que pareciera que estan mirando a través de un tubo. Puede, así mismo tener visión normal en uno de los ojos y no percibir visión alguna en el otro .

Existen también en la ceguera al color, con visión perfectamente clara pero sin que puedan distinguir entre sí ciertos colores. En la ceguera nocturna, que se debe a una deficiencia de la vitamina A o a la lesión de la retina, la visión es deficiente cuando la luz es insuficiente.

La elaxia o ceguera verbal es un trastorno que no tiene en realidad relación alguna con la agudeza visual del niño, si no es la incapacidad para captar el lenguaje escrito

y el significado de las palabras.

A pesar de las enormes dificultades práctica a las que tiene que hacer frente un niño ciego, es posible que disfrute de una niñez feliz y llegue a convertirse en un adulto responsable y productivo. Los sentidos del tacto, del gusto y del olfato pueden adquirir mayor agudeza y desarrollo en el niño totalmente ciego, si esta circunstancia le ayuda a desenvolverse bastante bien en la vida. Puede, así mismo, asistir a escuelas y a otras instituciones especiales para niños privados de la vista, donde se les presta eficaz atención.

La atención dental en los niños ciegos, primero al conocer al niño hay que saludarlo verbalmente y coger su mano para guiarlo, advirtiéndole algún movimiento previsto.

Cuando el niño sea llevado al sillón dental, una de sus manos se coloca en el respaldo y la otra sobre la silla donde se va a sentar.

El niño va a persibir del cirujano dentista su voz y siempre debe de describir el odontólogo su aspecto físico.

Cuando se va a separar al niño de la madre en un período corto de tiempo se puede lograr "contando" los dientes en voz alta y haciendo un poco de presión con el dedo.

Los instrumentos que se van a utilizar deben ser manejados por el niño a quien se les dara una explicación verbal.

### 3. El niño con deficiencia auditiva

La existencia de un déficit sensorial priva al niño de la fuente de información que normalmente le permite descubrir el mundo en una interacción circular repetida durante mucho tiempo, antes de ser dominada y luego interiorizada en su psiquismo. La ausencia del retorno visual o auditivo habitual invalida todo un canal de comunicación. El problema recibe en el hecho de que el niño no reconoce en un principio su deficiencia y es su medio el que se enfrenta a las mayores dificultades para comunicarse sin utilizar dicho canal con lo que se corre el riesgo de vivir por su propia cuenta el sentimiento de déficit y proyectar este en la vivencia del niño.

El niño hipoacústico es aquel cuya agudeza auditiva es insuficiente para permitirle aprender su propia lengua, participar en las actividades normales de su edad, seguir con aprovechamiento la enseñanza escolar general. La sordera se define en función de su intensidad, de su naturaleza o de su etiología.

a) Clasificación según la intensidad, esta establecida en la zona de conversión entre 500 y 2000 períodos/seg. para el mejor, oído.

- Sordera total; Déficit superior a 85 decibelios
- Sordera profunda; Déficit de 60 a 85 decibelios.
- sordera ligera; Déficit de 40 a 60 decibelios, es posible la adquisición del lenguaje, pero la articulación y la voz son defectuosas.
- Mala audición, Déficit inferior a 40 decibelios, el lenguaje se desarrolla y la voz y la articulación son defectuosas.

#### b) Clasificación según el tipo anatomofisiológico

- Sordera de transmisión; las más frecuentes la conducción osea es normal, la percepción de la palabra no esta muy perturbada.
- Sordera de percepción: La recepción de la palabra esta muy alterada, las dificultades de aprendizaje fonético son considerables. Aparecen aislados o asociados a las precedentes.
- Alteraciones de la identificación; frecuentes en la sordera de percepción, pueden existir aisladamente trastornos de integración auditiva o de su simbolización de origen central.

#### c) Clasificación según la etiología

- Origen genético (50%), congénita o degenerativa
- Origen prenatal- embriopatía (rubéola) o fetopatía
- Origen neonatal, prematuridad, sufrimiento perinatal (20%).
- Adquiridos durante la infancia, causas infecciosas (meningitis), tóxicas (Estreptomocina), traumática (fracturas del peñasco).

Dificultades psicológicas del niño sordo. Evidentemente es necesario tener en cuenta la intensidad de la sordera y sobre todo su efecto sobre el lenguaje. La ausencia del lenguaje fue considerada durante mucho tiempo como un obstáculo esencial para el desarrollo intelectual satisfactorio del niño sordo. Sin embargo, la evaluación de las capacidades intelectuales mediante pruebas no verbales, o mediante test especialmente concebidos, muestra que los niños sordomudos en la medida que estan correctamente estimulados desarrollen

una inteligencia práctica cercana a la normal no obstante persiste un desfase en el campo de la abstracción y del pensamiento formal.

Es decir, los niños sordos presentan un retraso de dos a cinco años en sus adquisiciones en relación a los niños sin dicho déficit.

La incapacidad de utilizar la comunicación verbal explica ciertos comportamientos frecuentes: El niño sordo es ruidoso, poco disciplinado denotable la habilidad emocional. Es descrito como testarudo, obstinado, con poca tolerancia a la frustración, colérico. Sus juegos son solitarios con un repliegue en si mismos a veces muy importantes.

El cuidado dental que se tiene en estos niños debe ser con mucho tacto ya que primero se debe ganar la confianza del niño, cuando esto sucede se debe atender al niño sin la presencia de los padres. El tratamiento es casi igual al de los niños oyentes.

Antes de iniciar los procedimientos restaurados se debe explicar el concepto de anestesia local al niño sordo por medio de sus padres que son sus interpretes. La principal comunicación con una persona sorda, es la vista y sin por algún motivo se evita que el paciente vea el instrumento va a producir un comportamiento negativo.

#### 4. Los niños con lesiones cerebrales

La parálisis cerebral puede definirse como un trastorno de los movimientos y la postura debido a un defecto o lesión del cerebro cuando todavía es inmaduro. Los progresos alcanza-

dos en asistencia materna y perinatal han hecho disminuir la incidencia de parálisis cerebral en algunas poblaciones.

La enfermedad presenta tres tipos fundamentales de síntomas que suelen manifestarse en combinación.

1. Espasticidad. Consiste en la dificultad de controlar la musculatura esquelética estriada por aumento del tono muscular. El síntoma predominante es este en aproximadamente el 70% de los casos. La lesión se localiza en el área cortical motora. En aproximadamente un 20% de los niños espásticos se observan fluctuaciones tónicas.

2. Atetosis. Se caracteriza por la aparición de movimientos involuntarios, más o menos continuos. Las alteraciones patológicas se localizan en los ganglios basales.

3. Ataxia. Se caracteriza por falta de coordinación con fluctuaciones tónicas. La lesión se localiza principalmente en el cerebelo.

En muchos pacientes, el cuadro está dominado por las fluctuaciones del tono muscular, que puede ser desde muy alto hasta muy bajo, dificultando extraordinariamente el control voluntario de los músculos.

Tomando como base la localización anatómica de los síntomas se utiliza la siguiente terminología:

1. Monoplejía. Se afecta un brazo o una pierna
2. Diplejía. Se afectan los dos brazos o las dos piernas
3. Hemiplejía. Se afecta uno de los lados del cuerpo

4. Tetraplejía. Se afectan los dos brazos y las dos piernas.

La naturaleza de la lesión cerebral varía y esta puede incidir en distintas fases del desarrollo. Son ejemplos de lesiones las malformaciones, la inflamación, la hemorragia, la prematuridad, la afixia, las lesiones mecánicas en el parto y los traumatismos posnatales, las intoxicaciones y los errores no compensados del metabolismo.

Los niños afectados de parálisis cerebral suele tener problemas emocionales considerables. Su aspecto externo, con limitación motora y sensorial, puede hacer que se subestime sus capacidades.

No existen manifestaciones orales específicas que guarden una relación directa con la lesión cerebral, pero los efectos de la mineralización pueden compartir la misma etiología que la de la parálisis cerebral.

Los niños con parálisis cerebral no presentan anomalías oclusales específicas pero cuando existen están agravadas por el trastorno neuromuscular o la falta de ortodoncia médica preventiva. En estos niños se ha observado una insidencia aumentada de disfunciones de la articulación temporomandibular y de atricción oclusal, sobre todo en los que presentan una deficiencia mental adicional.

La función muscular defectuosa, que con frecuencia se convina con retraso mental, disminuye la posibilidad de mantener una higiene oral adecuada o el interés por esta, por lo que los niños con parálisis cerebral grave, considerados en grupo, tienen una insidencia de caries superior y espe-

cialmente de enfermedad periodontal a la de los niños normales. Además, algunos de ellos so tratados con fármacos antiepilépticos que pueden provocar hipertrofia gingival.

En cuanto a la profilaxis la mayoría de los pacientes con parálisis cerebral pueden ser tratados en clínicas generales. Los que padecen una incapacidad menos grave pueden realizar por si mismo los procedimientos de higiene oral, para lo cual suele resultar útil el empleo de un cepillo con un mango adaptado a sus necesidades individuales que facilite su sugestión, o un cepillo eléctrico. Es importante la ortodoncia preventiva y guiar el desarrollo oclusal, ya que el paciente puede tener dificultades para tolerar los aparatos de ortodoncia.

Los niños con parálisis cerebral pueden reaccionar con modificaciones de tono cuando se activan sus músculos por lo que habra que tener paciencia al solicitarles que abran la boca, al introducirles los instrumentos en ellas y al realizar otro movimiento que requiera su cooperación. Por todo esto, también en este terreno resulta útil el entrenamiento. Mediante la repetición de operaciones simuladas con los instrumentos, el niño puede aprender a relajarse y aceptar el tratamiento sin presentar contracciones musculares incómodas. Los niños atetóticos pueden dirigir los movimientos involuntarios de su maxilar inferior mordiendo un abre boca. Los niños afectos de distintos tipos de trastornos motores pueden precisar apoyo o incluso una sugestión a la silla dental y en algunos casos puede considerarse la premedicación con relajantes musculares.

##### 5. Los niños invalidos

Son niños y jóvenes que sufren una deficiencia orto-

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

pédica, aquellos que presentan una deformidad debido a ciertas anomalías en el uso de sus músculos, de sus huesos y de sus articulaciones por haber sufrido poliomielitis, ostiomielitis, tuberculosis osea y artrítica, parálisis cerebral, y aquellas que presentan deformidades congénitas como pie equino o espina bífida, o algún traumatismo que haya sufrido.

Existe un estilo vital de cada individuo, que se desarrolla en la primera infancia mediante que la interpretación que el niño, da a toda las experiencias y dificultades a la que se enfrenta.

La incapacidad es solo una aunque suele ser un factor importante en este sentido, lo importante no es lo que tiene si no lo que hace. La valentia, el interés social o su carencia es lo que determina en que una incapacidad permita un ajuste social satisfactorio o conduca a un fracaso permanente.

La privación de experiencia en los niños invalidos es muy importante en su desarrollo y además tiene una serie de ramificaciones fundamentales en el área intelectual, social y afectiva. Las relaciones familiares son un área crítica en los niños incapacitados. La separación del niño y la madre producen efectos deprimentes en las primeras etapas de la vida, sea cual fuere la separación de la relación.

Los padres de los niños con graves deficiencias se hallan en tensión, sin embargo, al darles una ayuda adecuada unida a la educación y al tratamiento de los hijos, el sentimiento de inferioridad tiende a disiparse.

**CAPITULO VI**  
**COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL**  
**CONSULTORIO DENTAL**

**1. Instrucciones a los padres**

**2. Educación directa**

**3. Educación indirecta**

**4. Consideraciones económicas**

## COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechazen totalmente dependera de la manera en que han sido condicionados. El acondicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y el la debe asumir sin dudar si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También esta claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberan aceptar esta obligación como un deber paternal, si los niños llegan al consultorio dental por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo se puede suponer que la falla esta en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurandose de que los padres esten totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de psicología infantil. "Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no esta usando todos los medios disponibles para el manejo del niño".

Antes de que el dentista aconseje a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y estar consiente de que como las actitudes de los padres pueden modificar tipo de comportamiento. Debe

estar enterado de la formación de personalidad y como se desarrollan ansiedades. Debe también tener diplomacia para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. Si el dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos sera aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez.

La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente, proporcionara una de estas ventajas esenciales, Por que puede decidir que tenga éxito o no. Los padres, a su vez aplicaran estos conocimientos a sus hijos quienes miraran al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional.

#### FACTORES QUE AFECTAN LAS ACTITUDES PATERNAS

Edad: La respuesta de los padres pueden verse influenciadas por su estado de madurez. En los primeros años inquietos las presiones indevidas sobre los padre influira sobre sus respuestas a los cuidados recomendados. Más aún, un padre preocupado puede engendrar un niño inseguro, con el cual reduce la posibilidad de lograr la tensión odontológica. Por el contrario, los padres jóvenes que hayan creado un ambiente estable para su hijo puede mostrarse muy receptivos al ideal en odontología.

Salud. Los problemas médicos pueden influir sobre la capacidad de atención de los padres a las necesidades dentales de los hijos la concentración se convierte en un problema La hospitalización puede convertirse en un factor que invariablemente altere a toda la familia. Otros miembros de la familia deben sostener toda la vida familiar durante los tiempos difíciles. Arreglar los horarios de sesiones requiere una planificación mayor y con frecuencia deben ser programados según las horas de trabajo del otro padre. La ausencia tempo-

ría de un progenitor puede engendrar inseguridad y es difícil establecer un buen programa de cuidados bucales hasta que se resuelva la crisis.

**Estabilidad Emocional.** La salud mental, igual que la física, debe estar bien sino ha de afectar las actitudes paternas y de los hijos. La habilidad suele ser el resultado de una incapacidad para superar las tensiones de la vida normal.

**Educación.** En general, se supone que cuando más educada la persona, mayor conciencia odontológica, y mayor exigencia de una buena salud bucal. La persona menos educada será más receptiva al consejo profesional por un respeto básico a la educación.

**Estado civil.** Puede tener efectos de largo alcance. Para los padres solteros la gama de responsabilidades puede ser amplia. Los padres solteros pueden estar empleados con horario completo y están separados de sus hijos durante un período significativo durante el día, lo que crea dificultades de supervisión de la conducta y pautas alimenticias.

Los hijos de tales padres suelen mostrarse indisciplinados o inseguros, a causa del reducido grado de contacto con los padres.

**Factores culturales y étnicos.** Probablemente constituyen las consideraciones que más influyen sobre los padres. El lenguaje puede traer problemas de comunicación que comprometan el tratamiento recomendado. Así mismo, la falta de familiaridad con las normas sociales puede crear alguna dificultad entre el odontólogo y los padres. Ambas partes pueden recono-

cer lo que se acepta como atención odontológica en el medio cultural del otro.

#### 1. Instrucciones a los padres

Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total y confiar su hijo al cuidado del odontólogo, cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deben hacer ningún gesto como para seguirlo o como para llevar al niño, a menos que el odontólogo se los indique. Algunos niños en edad preescolar se comportan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la presencia de los padres infunde confianza en el niño especialmente si tiene menos de 4 años. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de huésped pasivo y permanecer de pie o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que el dentista lo pida, ni deberá tomarle al niño de la mano ni mirarle con simpatía ni expresión asustada. No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre esta comunicando información falsa al niño, o le esta transmitiendo simpatía.

En la sala de recepción se pueden colocar carteles agradables en donde se aviza a la madre que no deberá acompañar a su hijo a la sala de tratamientos si el dentista así lo prefiere.

El dentista puede hacer mucho en la educación de

los padres, para que estos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia.

Se les informará a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

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

1. Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, puede evitar el miedo explicando de manera agradable y sin darle mucha importancia que es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen a los servicios dentales, se les puede explicar con anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental.

2. Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3. Se pedirá a los padres que familiaricen a su

hijo con la odontología llevandolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerla. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevandole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo.

4. Expliqué a los padres que si muestran valor en asuntos adontológicos está ayudará a dar valor a su hijo.

5. Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente bueno.

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

7. Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vallan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8. Debé instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burdas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan solo crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9. Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueda llegar de fuera.

10. El padre no debe prometer al niño lo que va hacer o no el odontólogo, el dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer por el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va hacer nada. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11. Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres que comunican al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12. Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento deberán actuar, tan solo como espectadores.

Aparte de la guía que se da a los padres, se les debe educar sobre las instrucciones que se les a dado al niño que debe realizar el padre.

La educación que se le da al paciente se divide e dos categorias.

1a. El enfoque directo, lo que significa el contacto directo entre el odontólogo y el paciente.

2a. El enfoque indirecto, el aprendizaje y motivación por el uso de un equipo electrónico y moderno, fotografías dentales y folletos.

## 2. Educación directa

La educación directa es considerada como la forma más eficaz de educación al paciente debido a las ventajas sobre otras formas de comunicación.

El tiempo que se utilice en la educación directa debe estar planeado de acuerdo al tiempo de práctica en cada paciente.

Una de las formas de esta educación son las presentaciones de cada caso o conferencias de tratamientos, son indispensables porque ayudan a indicar el tratamiento que mejores beneficios traera al paciente.

Otra oportunidad de educación directa, son las técnicas de cepillado dental, uso del hilo dental, puede ser un medio muy valioso a los tratamientos dentales y experiencia para el programa de cuidados del paciente en su hogar.

Las experiencias educativas tienen mejor explicación con el uso de modelos, ayudas visuales y fotografías, estas pueden ser las propias radiografías del paciente, que nos dará una mejor comprensión y claridad en nuestra comunicación con el paciente.

La educación directa debe estar programada de acuerdo a cada paciente, esto nos permite una educación en el momento psicológico correcto.

## 3. Educación indirecta

La educación indirecta combina con una variedad de dispositivos electrónicos que constituyen un medio eficaz

de instrucción audiovisual.

se debe de utilizar grabadoras y programas con películas para respaldar los esfuerzos educativos. Estos procedimientos al combinarse con la educación directa, con un medio interesante y exitoso de contribuir a la salud dental por medio de la odontología preventiva.

Cuando se seleccionan los medios de educación, se debe de incorporar en el registro del paciente, el programa y procedimientos utilizados junto con la ficha de presentación.

Esta señala al paciente que le estamos brindando un plan coordinado de tratamiento y prevención que refuerza el papel de educación sobre salud en el programa total del consultorio.

#### 4. Consideraciones económicas

En muchos sentidos, se compara con la situación educacional, con personas de grupos socioeconómicos elevados que buscan la atención odontológica de alta calidad. Sin embargo, la experiencia demuestra que personas en posición financiera menos estable con frecuencia sacrificarán otras cosas para proporcionar a sus hijos la mejor atención médica y odontológica, por lo tanto los programas de atención odontológica deben ser adaptados para permitir la participación de todos los interesados en la consecución de la salud dental para sus hijos. Se pondrá cuidado en no perjudicar la capacidad o voluntad de la persona para proseguir con la odontología.

## CONCLUSIONES

Al redactar esta tesis, nos damos cuenta de lo valioso que es un niño, ya que son los seres que pueden presentar infinidad de reacciones ante cualquier situación.

La necesidad de incorporar la psicología en la odontopediatría puede capacitar al cirujano dentista para interpretar y comprender mejor las necesidades que adoptan los niños en el consultorio dental.

El cuidado de cualquier paciente enfermo requiere mucho más que el simple reconocimiento y habilidad técnica, son también necesarios e imprescindibles el interés por el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales.

Es de mucha importancia la atención dental a todo tipo de niños, ya sea con problemas físicos, mentales o niños normales, ya que de acuerdo a las técnicas y procedimientos que se empleen al tratarlos se va logrando su confianza.

El cirujano dentista que se dedica en su práctica diaria al tratamiento de niños debe estar muy bien preparado tanto en su técnica que emplea al tratar a sus pacientes así como en su forma de pensar y en el control de sus emociones, puesto que debe ser una persona muy centrada para sacar adelante todo tipo de problemas que puedan presentar sus pacientes.

El odontopediatra deberá saber ganarse la confianza de los niños y estimularlos para aceptar el tratamiento necesario, creando en ellos un sentimiento de cooperación para el

cuidado de su boca.

El éxito del tratamiento dental dependerá de las relaciones que existan entre el niño y el odontopediatra.

## BIBLIOGRAFIA

- HURLOK, PH. D., Elizabeth B.; Desarrollo psicológico del niño;  
4a edición; libros Mc Graw-Hill.
- MC DONALD; Odontología para el niño y el adolescente;  
2a edición; editorial mundí; 1975.
- WEYMAN Jaan; Odontología para niños impedidos;  
1a edición; editorial Mundí; 1976.
- HILGARD, E.R.; Introducción a la Psicología tomo I;  
5a edición; editorial Morata; 1975.
- LEYT, Samuel; Temas de Odontología pediátrica;  
Odonto-ediciones; 1966.
- AJURIAGUERRA; Manual de Psicopatología del niño;  
la reimpresión; editorial Masson; 1984.
- FINN, Sidney; Odontología Pediátrica;  
Editorial Interamericana; 4a edición; 1976.
- MORRIS, Braham; Odontología Pediátrica;  
Editorial panamericana; 1984.
- AUSUBEL, P. David; Psicología Educativa;  
3a reimpresión, editorial Trillas; 1981.
- WHITTAKER, O. James; La Psicología Social en el mundo de hoy;  
la reimpresión; editorial Trillas; 1980.

MUSSEN; Desarrollo de la Personalidad en el niño;  
13a reimpresión; editorial trillas; 1982.

HOLLOWAY-SWALLOW; Salud dental infantil;

MAGNUSSON, O. Bengt; Odontopediatría enfoque sistemático;  
Edit. Salvat; 1985.