

417
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

VoBo

Dr. Emilio C. Beltrán

PSICOLOGIA EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA.

P R E S E N T A:

SUSANA SIERRA ROMERO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	6
CAPITULO I	
COMPORTAMIENTO DEL ODONTOPEDIATRA HACIA EL NIÑO	9
A.- Personalidad del Odontopediatra y su asistente dental.	
B.- Atención al paciente.	
C.- Duración de la visita, habilidad y rapidez del Dentista.	
D.- Ambiente del consultorio dental.	
CAPITULO II	
MANEJO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL	17
A.- Diferentes patrones paternales.	
B.- Comportamiento de los padres en el consultorio dental.	
C.- Indicaciones a los padres.	
CAPITULO III	
MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL	25
A.- Actitud del niño hacia el Odon- tólogo.	

	Pág.
B.- Proceso de conducta y aprendizaje	26
C.- Miedo	36
a) Naturaleza del miedo.	
b) Valor del miedo.	
c) Tipos de miedo.	
d) Miedo y crecimiento.	
D.- Tipos Psicológicos	50
a) Niños normales, cooperadores o adaptativos.	
b) Niños tensos cooperativos.	
c) Niños abiertamente aprensivos.	
d) Niños temerosos.	
e) Niño terco o desafiante.	
f) Niño hiperactivo.	
g) Niños que reciben afecto exagerado o consentido.	
h) Niño sobreprotegido.	
i) Hijo único.	
j) Niños carentes de afecto.	
k) Niños con padres autoritarios.	
l) Niño incorregible.	
m) Niño miedoso.	
n) Niño problema.	
o) Niño enfermizo.	

CAPITULO IV

TECNICAS DE CONTROL DEL PACIENTE O DE REACONDICIONAMIENTO	57
A.- Uso de palabras adecuadas y <u>estí</u> mulos.	
B.- Control de voz.	
C.- Control propio del Dentista.	
D.- Oír, Ver, Enseñar.	
E.- Mano sobre boca.	
F.- Restricción física.	
G.- Premedicación,	

CAPITULO V

ACEPTACION DEL TRATAMIENTO DENTAL	68
A.- Grados de aceptación.	
B.- Aceptación de técnicas <u>radiográfi</u> cas y tratamiento operativo.	
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	74

INTRODUCCION

El buen tratamiento operatorio en infantes es muy importante en la práctica odontológica general actual.

El éxito de la práctica odontológica en niños no sólo depende de las habilidades del Dentista, - sino también en la capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante.

Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la Odontología y su conducta en el ambiente Odontológico.

Para lograr la comprensión de los trastornos psicológicos del niño empezaré por la descripción de la conducta que el Odontopediatra debe tener hacia él, así como, el manejo de los padres o acompañantes del niño dentro y fuera del consultorio dental.

Después, se mencionará sobre la actitud que - el niño tiene hacia el Dentista y el miedo que se puede producir con el tratamiento, valorándolo según su edad.

Se incluyen además los tipos psicológicos que se presentan en los niños y las técnicas de recondicionamiento o desensibilización que pueden ser - utilizados para una mejor aceptación del tratamiento dental.

El objetivo principal de la presente tesis, -
es determinar la importancia que tiene el estado -
psicológico de un infante para lograr un mejor y -
eficiente tratamiento dental.

"QUE TODOS LOS PACIENTES NI-
NOS NOS RECUERDEN COMO PROFE
SIONALES SENSIBLES, CAPACES
DE ACEPTAR SUS EMOCIONES".

"TENGO EL MAS GRANDE DESEO -
DE QUE CADA ODONTOLOGO QUE -
LEA ESTE TRABAJO CONTRIBUYA
AL CAMBIO DE LA IMAGEN NEGA-
TIVA QUE TIENE MUCHA GENTE".

CAPITULO I

COMPORTAMIENTO DEL ODONTOPEDIATRA HACIA
EL NIÑOA) PERSONALIDAD DEL ODONTOPEDIATRA Y SU ASISTENTE
DENTAL.

CIRUJANO DENTISTA.-

El trato con los niños es de los más importantes así que está obligado a ser cortés, para infundirle confianza puede llamarle por su nombre y de ser posible por su nombre familiar, platicar con el niño lo que a él le agrada establecerá una sobre simpatía mutua, sin embargo el Odontólogo demostrará autoridad y seguridad en todos sus actos y no utilizará palabras agresivas o hirientes que el niño no entienda porque puede causar intranquilidad en nuestro pequeño paciente, deberá tener todo el material necesario para no perder tiempo, lo más cerca posible al operador.

Se aconseja para distraer al niño darle la jeringa triple y hacerle responsable de ella y de que nos tiene que ayudar, de esta manera estará más tranquilo. En las primeras citas no usar instrumentos cortantes ni hacer extracciones.

RECEPCIONISTA Y ASISTENTE.-

Ambas serán personas que vistan con pulcritud,

amables y de voz agradable ya que son los primeros contactos que el niño tiene con el gabinete dental.

La recepcionista al establecer un primer contacto y la primera cita, se informará del nombre y edad del paciente, pues será de gran utilidad para el Cirujano Dentista.

El asistente dental deberá estar bien entrenado para la realización de su tarea como del conocimiento absoluto del instrumental y de los medicamentos, incluyendo, un trato fino hacia los pacientes, deberá vestir de cualquier color pero nunca de blanco, ya que el niño relaciona este color con el ambiente hospitalario.

B) ATENCION AL PACIENTE.

Cuando se invite a pasar al consultorio al paciente por primera vez, la asistente lo saludará, lo mismo que al acompañante, el Dentista permanecerá en segundo plano, sin apuro de hacer su aparición. La entrada del padre o la madre, cuando es por primera vez, es de útil importancia ya que nos proporciona información sobre la salud y conducta del niño.

Después que el Odontólogo saludó al niño y al padre preguntará si hay algo que le preocupe en particular respecto a la boca o los dientes de su

hijo, la mayoría de ellos tienen preguntas importantes, se les permitirá expresarse largamente, además de hacerles un interrogatorio acerca de la breve historia de atención dental.

Si el Odontólogo comprende que el niño puede responder normalmente podría excluirse la presencia del acompañante, además de empezar a manejarlo de acuerdo con él. De esa forma podría darse cuenta que tipo de niño es, además de entrever la conducta y disciplina que se guarda y se establece en su hogar.

Algunos autores sugieren reglas para obtener obediencia que a menudo son útiles para manejar a los niños. La Primera es ganarse la atención del niño que llora para asegurarse que escucha las indicaciones. Segunda expresar órdenes en lenguaje que pueda entender, esto es canalizar todo lo que para ellos es ajeno a algo que se asemeje para que ellos lo conozcan y que no les cause miedo, pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El Odontólogo debe ser justo en sus órdenes, no puede esperar la cooperación de un niño incómodo o dolorido.

El uso de amenazas y sobornos, según se comprobó es un mal medio de obtener obediencia, si un niño está asustado, ha de intentarse aminorar su -

temor mediante la forma de abordarlo, el niño que no desea cooperar, además de asustado puede sentir aprensión. La aprensión puede ser aliviada tomándose tiempo para explicar los instrumentos empleados que serán pocos.

Si un niño no desea cooperar para el examen bucal o una profilaxis, es el momento oportuno para conversar con los padres y hacerles saber la necesidad de proceder a una de las tantas técnicas aplicadas en la Pseudodoncia.

C) DURACION DE LA VISITA, HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA.

Cuando se trata a 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 el sillón más de media hora. Si la visita tardara 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 visita del niño tiene rela

ción con su comportamiento. Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tiene importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no debe darse horas de visita a los niños que todavía no asisten a la escuela, durante el período normalmente dedicado a su siesta. Los niños que asisten a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar, lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias.

Un niño que niega totalmente su cooperación - cuando viene a la hora de su siesta, puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llaman pidiendo una cita, se especifique la hora de siesta del niño y la cita sea después.

Los niños no deberían ser traídos al Dentista poco tiempo después de una experiencia emocional - sería, como puede ser el nacimiento de un hermano o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales y la visita al dentista sólo añadiría más ansiedad y desconcierto. En estos momentos, será muy difícil lograr su cooperación y realizar el tratamiento satisfactoriamente.

Sin embargo una visita deberá programarse de acuerdo a la conveniencia del tratamiento y no al

efecto sobre la conducta del niño.

D) AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL.

El gabinete dental es muy importante para el - Odontopediatra, ya que es reflejo de su personalidad, el consultorio dental debe estar ubicado en - una zona accesible y los medios de transporte sean frecuentes. El decorado que sea apto para los niños e incluso las instalaciones deberán ser llamativas. Se recomienda que sea una sola sala de espera y un cuarto exclusivo para la atención especial de los niños problema. La sala de espera o de recepción deberá ser agradable con buena iluminación para que el paciente no tenga temor, un bonito cuadro que refleje tranquilidad. Una música suave le dará una agradable sensación de tranquilidad. Los libros no deben faltar pues es la distracción que proporciona un medio de relajamiento.

El contribuir a un ambiente familiar y agradable con el auxilio de material didáctico, juguetes y objetos de interés para el niño nos proporciona no sólo la adaptación del pequeño sino también la espera reciente del acompañante.

Contar con un sistema audiovisual para el entrenamiento de los niños así como, para la educación dental, programas sobre control de placa, téc

nicas de cepillado, aplicación de fluoruro, selladores de fisuras y nutrición. Proporcionan información esencial en el aprendizaje para todas las edades,

La limpieza del gabinete dental debe aplicarse en todos sus detalles y por todas sus partes, - un consultorio sucio refleja el nivel de eficiencia del Cirujano Dentista.

La sala operatoria al igual que todo el consultorio deberá estar decorado con motivos infantiles, inclusive el sillón dental, pues dará al niño una mayor confianza y comodidad.

"COMO MI NIÑO, TENGO MIEDO A
LOS DOCTORES, ENFERMERAS Y -
DENTISTAS (AUNQUE LO DISIMU-
LE) Y PIENSO QUE SIEMPRE LO
TUVE".

CAPITULO II.

MANEJO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO
DENTAL

A) DIFERENTES PATRONES PATERNALES.

Así como es fácil catalogar al niño por el trato que recibe de sus padres, fácil es encontrar al tipo de padre por su comportamiento en el consultorio dental.

PADRES AFECTIVOS: a este tipo se les manejará:

- a) Mostrándoles las ventajas y desventajas del tratamiento.
- b) Separándoles del niño lo más posibles a menos de que éste sea muy pequeño o impedido.

PADRES PROTECTORES: éstos serán manejados:

- a) Concientizándolos del tratamiento.
- b) Deben preparar al niño acerca de su comportamiento ya que sólo aceptan de ellos.

PADRES INDULGENTES: a este tipo se les manejará:

- a) Indicándoles que es preferible que no permanezcan dentro del gabinete dental, ya que éstos dan todo por su hijo.

PADRES CONSENTIDORES:

- a) Estos padres siempre quieren hablar por sus hijos.
- b) Es preferible que no estén presentes a menos que el niño sea muy pequeño o impedido.

PADRES DESPREOCUPADOS:

- a) Inculcarles las obligaciones dentales para con sus hijos.
- b) Preocuparlos sobre la atención dental y sa lud en general de sus hijos.

PADRES PREOCUPADOS:

- a) Inculcarles la importancia del tratamiento.
- b) Se les dirá hasta dónde o qué punto deben cuidarlos y descuidarlos.

B) COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Muchos Doctores prefieren excluir a los padres del consultorio dental, debido a que la mayoría de los niños se comportan satisfactoriamente sin un padre presente.

En realidad a medida que los niños se hacen mayores y desarrollan una independencia emocional, ellos mismos prefieren que su acompañante los espe

ren en la sala de recepción. Si un niño ha de exhibir una conducta no cooperadora la presencia del padre prestará apoyo a este tipo de conducta, sin embargo los padres no deberán ser RUTINARIAMENTE - excluidos del consultorio dental, pues existen - - ciertas ocasiones cuando la presencia es desagradable y realmente estimula la conducta positiva del niño.

Los niños pequeños son propensos a una gran - variedad de temores, incluyendo el temor a lo desconocido y al abandono, también carecen de la capacidad de adaptación a una nueva situación o ambiente. Además de la pérdida o alejamiento del padre, existen otras situaciones que influyen en la conducta del niño hacia la situación odontológica, incluyen un ambiente extraño, una persona extraña, - indicios y lenguajes que el niño no comprende y a los que no puede responder, rutinas no familiares órdenes y disciplinas inusuales.

Los resultados demuestran que la presencia de la madre puede ser una influencia positiva para la conducta de los niños pequeños en su primera visita odontológica.

La presencia de los padres puede servir para minimizar los temores del niño y ofrecer apoyo emocional durante su experiencia.

C) INDICACIONES A LOS PADRES.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones o desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El Odontólogo puede hacer mucho en la educación de los padres para que éstos se aseguren de que su hijo no llegará al consultorio con dudas y miedo. Para los padres será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadamente rígidas de disciplina y que el niño participará con gusto en su nueva experiencia. La madre se mostrará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental.

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

Se puede facilitar esta guía cuando los padres acuden a citas rutinarias:

REGLA 1.- Pida al padre que no exprese sus miedos personales frente al niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a -

sus padres quejarse de sus experiencias en el dentista. Además de no mencionar - sus experiencias desagradables pueden - evitar el miedo, explicándolo de manera agradable y sin darle mucha importancia. Cuando el padre educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental se - encontrará que el niño aprecia más la - Odontología. Los padres también deben - ocultar sentimientos de ansiedad, espe- cialmente en expresiones faciales cuando llevan a su hijo al Odontólogo.

REGLA 2.- Instruya a los padres para que nunca uti- lizen la Odontología como amenaza o cas- tigo. En la mente del niño se asocia cas- tigo con dolor y cosas desagradables.

REGLA 3.- Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la Odontología llevándolo al - dentista para que se acostumbre al con- sultorio. El Odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con amabi- lidad y hacerle demostraciones del equi- po. Algún pequeño regalo al final del - tratamiento hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

- REGLA 4.- Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos ésto ayudará a dar valor a sus hijos. Existe una - correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.
- REGLA 5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por parte de la familia para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.
- REGLA 6.- Recalque el valor de obtener servicios - dentales regulares, no tan sólo 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.
- REGLA 7.- Pida que los niños no sean sobornados para asistir a la consulta dental. Este método significa que puede enfrentarse a - algún peligro.
- REGLA 8.- No tratar de vencer el miedo al tratamiento por medio de burlas o ridiculizando los servicios dentales.

REGLA 9.- El padre no debe prometer al niño lo - que va a hacer o no el Odontólogo. El - dentista no debe ser colocado en una si tuación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco - deberán prometer que el Odontólogo no - les hará daño.

Las mentiras sólo llevan a la decepción y desconfianza.

REGLA 10.- Varios días antes se le indicará al niño que ha sido invitado al dentista, pe ro nunca deberá forzar la visita, ex- ce- so de simpatía, miedo o desconfianza.

REGLA 11.- Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del Dentista al llegar al con sultorio, y no deberán entrar al con sultorio a menos que se le indique. En caso de asistir al tratamiento sólo de- berá actuar como espectador invitado.

"EL NIVEL DE MADURACION ESTA
SOMETIDO A UN CONTROL EXTER-
NO MINIMO Y TIENE QUE SER -
ACEPTADO POR EL ADULTO, NO -
DEBE FORZARSE A UN NIÑO POR
ENCIMA DE SU NIVEL, YA QUE -
PUEDE SER PELIGROSO".

CAPITULO III

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

A) ACTITUD DEL NIÑO HACIA EL ODONTOLOGO.

La actitud ha sido como una disposición, inclinación o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo. Esta actitud depende tanto de la interpretación del sujeto de una situación dada, como de su reacción emocional hacia ella. Las actitudes de los niños hacia la odontología son en gran medida formadas por el significado emocional del suceso y varían de acuerdo con la etapa de su desarrollo emocional.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS.- Para evaluar las reacciones de los niños a las experiencias odontológicas se han considerado las respuestas fisiológicas. La transpiración y el ritmo cardíaco son dos actividades o actitudes fisiológicas frecuentemente controladas que aumentan cuando un individuo es aprensivo.

LLANTO.- No es raro ser testigos de un niño que llora mientras está en el sillón dental. Todo llanto, sin embargo, no deberá comunicar el mismo mensaje al Odontólogo.

Se han descrito cuatro tipos de llanto en los niños:

- 1.- Obstinado
- 2.- de Temor
- 3.- por Daño
- 4.- Compensatorio.

El niño que tiene un "berrinche" para impedir el tratamiento odontológico muestra llanto obstinado, éste es fuerte, de tono agudo y ha sido caracterizado como una sirena.

El llanto por temor está comúnmente acompañado por un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos.

El llanto por daño puede ser fuerte más frecuentemente, sin embargo, va acompañado de un pequeño lloriqueo. La primera indicación de que el niño está incómodo puede ser una sola lágrima; éste es fácilmente identificado, el niño no lo dirá.

Se describe el llanto compensatorio como "no realmente un llanto", sino como un zumbido monótono que emite para amortiguar el ruido de la fresa, disminuyendo el estímulo auditivo desagradable.

B) PROCESO DE CONDUCTA Y APRENDIZAJE

CONDUCTA.- La visita odontológica provocará un cierto grado de aprensión o ansiedad en casi todos los niños. Esto es especialmente así en el niño -

preescolar, quien puede experimentar no sólo temor de posible dolor o daño y miedo a lo desconocido, sino también, temor a la separación de la madre.

Los niños responden a las situaciones de - - stress enfrentándolas, hacer frente a una situa- - ción incluye los procesos mentales y emocionales - internos de un individuo y sus respuestas de con- - ducta externas, y pueden ser estimulados por suce- - sos externos o por conflictos internos. La conduc- - ta externa, sin embargo, es la única respuesta que los Odontólogos pueden observar, y que comúnmente logra ser evaluada. Un niño responde a una visita Odontológica por una dominación activa, aceptándo- la pasivamente o rechazando la situación.

No es la ansiedad en sí lo que determina el - tipo de paciente odontológico, sino la manera de - asumir sus miedos.

La mayoría de los niños que enfrentan una vi- - sita odontológica demostrarán una conducta de - - acuerdo con su edad y nivel de maduración emocio- - nal. Algunos responderán recurriendo a una conduc- - ta no cooperadora o interruptiva.

La conducta en el sentido general se define - como cualquier cambio en la actuación del organis- - mo.

Estos cambios se toman de ciertos patrones -

que todos los niños siguen a través del proceso de crecimiento.

Este proceso de desarrollo está influido por dos factores:

- 1.- Maduración
- 2.- Exposición del niño a determinado ambiente.

Durante la maduración, la conducta del niño - es sistemáticamente efectuada por el descubrimiento de una secuencia inherente programada genéticamente.

Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. - Con cada nueva experiencia se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta.

La madurez es la expresión de como el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos.

Se pueden describir patrones típicos de conducta para los niños de los distintos grupos de edades:

INFANCIA.- Considerada desde el nacimiento hasta los 2 años. Este tipo de pacientes no son muy frecuentes en el con-

sultorio dental, su presencia se debe únicamente para corregir o aliviar problemas de emergencia como caídas, traumatismos por golpes, o bien cuando tienen problemas de caries rampante.

La comunicación con estos pacientes es muy difícil por un corto vocabulario, por lo tanto se les permite que visiten el consultorio, que toquen el instrumental y que suban y bajen del sillón cuantas veces quieran, el objeto es que el paciente se sienta en confianza.

El niño a esta edad, está todavía demasiado pequeño, motivo por el cual los lazos que lo unen a su madre son muy fuertes, debido a ésto es conveniente sentar al niño con su madre en el sillón.

DE LOS 2 A LOS 3 AÑOS.- Este es el momento ideal para iniciar nuestro tratamiento, ya que por lo general, a los 2 1/2 años ya tienen erupcionados todos los dientes.

El paso a seguir en la primera cita,

al iniciar el tratamiento consiste - en elaborar el examen clínico tanto médico como dental, para posterior-- mente seguir con la toma de radiogra-- fías.

- 1 Si observamos cooperación con el niño a estas alturas, podemos sentarlo en el sillón y sólo explicarle de - una manera sencilla y clara para que pueda entender el uso de los diferen-- tes aparatos, lo cual nos llevará a efectuarle una profilaxis para que - se vaya acostumbrando al ruido de la pieza de mano, el eyector o extrac-- tor de saliva, la jeringa de agua y aire, la luz, las diferentes posicio-- nes en que debemos colocar el sillón para empezar a trabajar.

Es importante que siempre se le ex-- plique al niño lo que se le va a ha-- cer, así como el cambio de posición, ya que muchas veces el niño no está adaptado a la experiencia dental y - cualquier trabajo o movimiento debe-- rá ser precedido de una clara expli-- cación.

DE LOS 3 A LOS 4 AÑOS.- Ya es capaz de sentarse en

el sillón por sí solo. La madre se colocará en un lugar que le permita estar siendo observada frecuentemente por el niño ya que ésto le inspira mayor confianza. Si por alguna circunstancia notamos inseguridad o miedo en el niño, llevaremos a cabo nuestra técnica de acercamiento sin aprensiones y con mucha calma tratando de hablarle de una manera suave y con cariño, sin alteraciones ni gritos, ya que con ésto se entorpecería nuestra labor de iniciación de relaciones con el paciente.

PRE-ESCOLAR. - Considerando de los cuatro a los seis años como edad pre-escolar, es la época cuando se presenta mayor número de problemas en el manejo de la conducta, el comportamiento del niño depende de su personalidad y del medio que lo rodea.

El Odontólogo observará el patrón de conducta de cada niño en busca de las causas de su temor o falta de cooperación, con el mismo cuidado con el cual se examinará su dentición. Los niños temerosos pueden ser

reconocidos fácilmente, pues tienen miedo de ser separados de su madre, temen relacionarse con gente extraña y manifiestan un profundo temor a experiencias y situaciones nuevas, a lo que debemos poner demasiada atención para no crear sobre todo esta--dos de angustia en el niño.

EDAD ESCOLAR. - Considerada de los 6 años a los 9 - años. El tratamiento a pacientes que atraviesan por esta edad, lo lleva--mos a cabo dando confianza y a la - vez estimulándolo, ya que su capaci--dad es lo suficiente receptible como para aceptar el trabajo operatorio, el ambiente del consultorio.

Además tenemos otra ventaja que es - la de saber que a esta edad, el niño es vanidoso, empieza a sentirse independiente y gusta ya de alardear con sus compañeros sobre sus experien--cias.

NIÑO PREPUBERAL. - Considerando de los 9 a los 12 - años. En niños que cursan esta edad rara vez nos van a presentar proble--mas, puesto que son niños que se es--tán transformando en personas con ex

perencias en la vida, por lo tanto, no temen al dolor causado por los golpes y las exigencias de los adultos, pocas son en realidad las cosas que los conmueven, son pacientes pasivos capaces de entender las explicaciones y órdenes que se le imparten, además son bastante cooperativos.

Es importante tener en cuenta que a este tipo de pacientes, se les tratará con mucha delicadeza, debiendo siempre de guardar nuestra posición como profesionistas, esto es dándonos nuestro lugar, ya que el niño a esta edad tiende a volverse un poco falto de respeto.

APRENDIZAJE.- Mientras que la enseñanza es fundamentalmente un proceso habitual, el aprendizaje es más sutil y con frecuencia no puede distinguirse de la maduración.

Para esto debemos mencionar que el aprendizaje se consigue de varias formas:

Prueba y Error.

Imitación.

Análisis deliberado.

Deducción abstracta.

El análisis y la deducción demandan una mayor iniciativa y energía por parte del individuo, pero se considera que son más eficaces que el aprendizaje, más primitivo por imitación o por prueba y error.

Los estímulos repetidos pueden conducir a la aparición de una respuesta condicionada de acciones involuntarias, lo que se conoce como condicionamiento de Pavlov.

El proceso de aprendizaje requiere una gran cantidad de energía y exige un enfoque gradual en ciclos pequeños de captación de información - práctica - retroacción. Es mejor trabajar con pequeños incrementos, desde operaciones sencillas a otras más complicadas.

Si el Dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan sólo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto, le resultará difícil manejar niños. El Dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus ac

— titudes y modelos de comportamiento hacia la Odontología. El estudio de la ciencia que ayuda a comprender el desarrollo de miedos, ansiedades y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, puede denominarse Odontopediatría de la conducta. El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del Dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que condicionar a los niños hacia el Dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, se puede suponer que la falla está en el condicionamiento paternal. Aunque la responsabilidad de los padres es inculcar en sus hijos actitudes convenientes hacia la Odontología, el Dentista puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de Psicología Infantil. El Dentista deberá aceptar esta obligación como parte sistemática de su práctica. Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El Dentista que no lo haga no está usando los medios disponibles para el manejo del niño.

C) MIEDO

Antes de que el Dentista esté en posición de aconsejar 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 consciente de como las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de la personalidad y cómo se desarrollan ansiedades. Debe también tener diplomacia y tacto 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 será aceptado de buena gana. Si el Dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con el campo. Los padres siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas que ofrece la vida, aunque ellos no las hallan tenido en su niñez. La preparación emocional del niño, realizada inteligentemente, proporcionará una de esas ventajas esenciales, porque puede decidir que tenga éxito o no. El Dentista tiene que ser tan competente como el Médico al ofrecer consejos sobre el comportamiento del niño.

Se ve claramente que los problemas de manejo

son mucho más importantes para el Dentista que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes sin embargo, los dentistas pocas veces dan consejos a los padres sobre comportamiento infantil.

Los padres, a su vez, aplicarán estos conocimientos, a sus hijos, quienes mirarán al Dentista favorablemente en lugar de tenerle miedo irracional. Estos conocimientos ayudarán tanto al niño como al Dentista.

Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos. Sin embargo, existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales y éstas son responsables de que un gran sector nuestra población evite tratamientos odontológicos.

a) NATURALEZA DEL MIEDO.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica del niño para tratamientos dentales reside principalmente en el problema emocional del miedo. El miedo representa para el Dentista el principal problema de manejo y es una de las razones para las que gente descuida el tratamiento dental.

Por esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del miedo actúan para dar pacientes infantiles buenos y malos.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental toma consciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente.

El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no se puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca intervención cortical. Esto lo ilustran muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal doméstico. Sin embargo, en el hombre las descargas

del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado, puede hasta cierto grado controlar emociones, a través de realizaciones y determinación. 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 puede llevar a cabo ésta aumenta - su miedo y entonces la comunicación del Dentista - con el niño puede ser muy difícil, incluso con los niños de mayor edad, puede ocurrir una situación - en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente. Generalmente a medida que aumenta la edad mental del niño, estas respuestas pueden ser cada vez más controladas por la co~~r~~teza a través de funciones psíquicas más elevadas.

b) VALOR DEL MIEDO.

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede - ser valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación.

La naturaleza misma de la emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones

peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro. Si no se le enseña al niño el temor al fuego, las posibilidades que tiene de quemarse son mayores. Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el miedo, sino canalizarlo hacia los peligros que realmente existen y evitarlo en situaciones donde realmente no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe señalársele al niño que el consultorio dental no tiene porque 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.

Por otro lado si el niño aprecia al Dentista, puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

c) TIPOS DE MIEDO

Un miedo que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido intensos dolores inflingidos por personas con uniformes blancos puede desarrollar un miedo intenso a los uniformes si

milares de los Dentistas o los Higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados anteriormente con situaciones desagradables puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con cualquier tratamiento de Odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

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

TEMORES OBJETIVOS.- Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean y son de naturaleza desagradable. Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un Dentista y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha inflingido dolor innecesario, por fuerza desarrollará 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 le hacen volver el Odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del

niño para el tratamiento dental.

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

TEMORES SUBJETIVOS.- Los temores subjetivos - están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que les rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión, por lo tanto, al escuchar de alguna situación desagradable o que produjo dolor sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará - miedo a esa experiencia sin haber pasado por ella. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vivida imaginación de la - infancia se agranda y vuelve impotente. Un niño - que oye hablar a sus padres o a un compañero de - juegos sobre los supuestos temores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y trata - rá de evitarlos lo más posible.

En niños, como en adultos, lo que más temor - infunde es oír hablar de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan - pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por

ellas. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existen razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la Odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer, de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita dental. En la Odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario.

Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe mentir sobre las molestias de la Odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente los niños se identifican con los padres. Si el padre está triste, el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño está temeroso. La an-

siedad del niño y su comportamiento claramente negativo está íntimamente relacionado con la ansiedad de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al Dentista y que siempre va presa de gran sugestión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que la observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño, sospeche y empieza 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 guarda proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los temores objetivos, como el dolor que produce una inyección, pueden ser superados sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y compren-

— sión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño. Por otro lado, los miedos sugestivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal de manera que el miedo que puede experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en la materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos, de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión, teatro.

La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza o repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios aumentan con la edad y el desarrollo mental hasta probar que esta razón no tiene fundamento.

Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado

do. Puede que recuerdos de experiencias pasadas se borren totalmente de su memoria consciente, pero - las emociones asociadas con la experiencia odontológica olvidada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro.

La intensidad de los miedos o temores de los niños varía. Estas diferencias pueden explicarse - por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tienen de dormir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno des- -pierto, porque se le ha reducido la capacidad de -razonar y controlar sus temores y tiene una tole- -rancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo, puede ser imperceptible, ya que no todos los temores que se manifiestan en los niños son genuinos. Frecuentemente usan el miedo para otros propósitos. Tal vez si utilizan el -miedo al Dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental o realice la tarea que le encomendó el Dentista cuando esté en su casa. Son los padres y el Dentista los que tienen que determinar si el miedo es real o similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo. Cada niño es un individuo y -reacciona de manera individual. Gran parte de la -reacción dependerá de las capacidades innatas fisicas y mentales del individuo.

El niño mentalmente alerta, responderá, más - inteligentemente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente. A veces, se encuentran situaciones en las que dos niños sometidos al mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan en direcciones opuestas; por - - ejemplo, uno mostrará un valor y tratará de combatir al agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tratará de huir. Estas diferencias humanas deberán ser comprendidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos comunes como los dentales, y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud.

d) MIEDO Y CRECIMIENTO

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. Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos, como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño y su relación 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 nueva situación 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 descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer. Lo que asusta a un niño de 2 años de edad, puede no hacerlo cuando tenga 6 años. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño. 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.

Puesto que el momento adecuado de presentar la Odontología al niño es cuando tiene de dos a tres 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 sobrepasen su capacidad mental en una edad de-

terminada.

Los primeros temores que el niño asocia con la Odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquiera estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar una cavidad, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos rápidos de la mano también le atemorizan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, producen miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que tocavía no van al colegio pueden temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, que le han dejado solo. Ade--

más por el miedo de estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres, cree que esto pueda ser la razón de su abandono. Puede creer que la Odontología es su castigo.

Cuando hay niños que temen separarse de sus padres, si el niño es muy joven puede ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones. Durante la primera visita la madre siempre deberá estar en la sala de operaciones. Ver la silla o unidad dental tan poco familiares, con sus extrañas proyecciones, pueden inspirar miedo a los niños muy jóvenes.

D) TIPOS PSICOLOGICOS

Se deben tener en cuenta principalmente para el manejo de éstos el estado psicológico y el estado de adaptación.

El estado psicológico se refiere a las circunstancias internas del niño (carácter).

El estado de adaptación se refiere a la relación de éstos con el medio ambiente.

El tratamiento consiste básicamente en comprender los conflictos y síntomas que se presentan en los niños y modificar la conducta de éstos en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo que son:

a) NEONATAL: características, llanto excesivo, repulsión al seno materno, alteraciones de la digestión, vómitos, diarrea.

b) LACTANCIA: características.- presencia de llanto, quieren o sienten que pueden moverse, hay aumento de la tensión, trastornos alimenticios.

c) PRIMERA INFANCIA: características.- aumento de la tensión (agresivo) desarrollo del habla, se resiste a dormir, en sus sueños puede haber temor o ansiedad.

d) AÑOS ESCOLARES: características.- es más agresivo, tiene muchas fantasías.

e) PRE ADOLESCENCIA: características.- es aún más agresivo independiente, tiene resentimientos o fobias y algunas veces problemas en el aprendizaje.

f) ADOLESCENCIA: características.- impulsos agresivos y sexuales, comportamiento antisocial y suele haber sentimientos de inferioridad.

La mayoría de los niños son capaces de enfrentar satisfactoriamente la ansiedad asociada con el tratamiento odontológico y exhiben, por lo tanto, patrones de conducta aceptables que permita ser cumplido el tratamiento dental. Sin embargo, los niños con conducta que interrumpen significativamente el tratamiento son calificados como "problemas de conducta". Algunos de ellos, como los men--

tal o físicamente impedidos o el niño muy pequeño, emocionalmente inmaduro, pueden ser incapaces de controlar su conducta, otros simplemente no querer cooperar.

Las posiciones asumidas por los padres de familia, tienen una repercusión muy grave en el estado emocional y la personalidad del niño; por lo tanto, haremos mención de los diferentes tipos de niños en relación con los afectos o descuidos que recibe de sus padres:

a) NIÑOS COOPERADORES, NORMALES O ADAPTATIVOS: niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.

b) NIÑOS TENSO COOPERADORES: son niños que están tensos pero que sin embargo cooperan. La conducta tensa cooperativa a menudo pasa desapercibida, puesto que el niño permite que sea realizado el tratamiento.

c) NIÑOS ABIERTAMENTE APRENSIVOS: los que se esconden detrás de sus madres en la sala de recepción, usan técnicas obstaculizantes y evitan hablar o mirar al Odontólogo. Estos niños eventualmente aceptan el tratamiento odontológico.

d) NIÑOS TEMEROSOS: niños que requieren consi

derable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. No han tenido el menor contacto con personas fuera del ambiente hogareño, son incapaces de alternar o convivir con personas extrañas. El modelamiento, la desensibilización y otras técnicas de modificación de la conducta están especialmente indicadas.

e) NIÑO TERCO O DESAFIANTE: es aquel que se siente capaz de retar al Dentista en un momento dado, ya que suele comportarse de una manera retadora o de mucha autosuficiencia. Este niño se resiste y trata de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que le han resultado exitosas en otras situaciones.

f) NIÑO HIPERACTIVO: niños que están agudamente agitados y adoptan una estrategia defensiva de "lucha", tal como gritar o patear. Normalmente este tipo de niños no soportan estar largo tiempo en el sillón dental.

g) NIÑOS QUE RECIBEN AFECTO EXAGERADO: demuestran estar inadecuadamente preparados para valerse por sí mismos, ya que en la mayoría de los casos, la madre es quien decide por ellos logrando con esto que el niño sea incapaz de conducirse por sí solo y además demuestra falta de valor en el consultorio.

h) NIÑOS SOBREPOTEGIDOS: éstos niños por lo

general son berrinchudos y fanfarrones, no aceptan sugerencias de otras personas que no sean sus padres.

i) HIJO UNICO: es aquel en el que se volcan - demasiadas manifestaciones de cariño, ansiedad, - protección o indulgencia. No es común en todos los casos, pero con estas características un niño se - puede volver o bien sumamente caprichoso o tímido, miedoso o retraído.

j) NIÑOS CARENTES DE AFECTO: son aquellos niños que sufren por la indiferencia y desapego que les demuestran sus padres, lo cual trae como consecuencia el niño se vuelva inseguro e incapaz de - enfrentarse a cualquier circunstancia o experiencia.

k) NIÑOS CON PADRES AUTORITARIOS: cuando el - padre suele ser autoritario, esto trae como consecuencia que el niño se vuelva asustadizo y que demuestre tensión física o emocional, por lo tanto, se aleja del miedo que lo rodea y es incapaz de - pactar con los demás, ni conducido por la razón ni por otros medios.

l) NIÑO INCORREGIBLE: es aquel que tiende a - lloriquear, patear, golpear lo que se encuentra a su alcance o inventa un sinnúmero de situaciones alarmantes para que no lo lleven al consultorio.

m) NIÑO MIEDOSO: es aquel que puede sufrir - realmente miedo por el tratamiento dental, o bien, se encuentra amenazado en su hogar o en la escuela donde constantemente escuchó decir "te va a doler", "si no te portas bien te van a inyectar".

n) NIÑO PROBLEMA: son niños que desafortunadamente y por lo regular llegan al consultorio dental por primera vez, sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. También están incluidos niños de edad pre-escolar que gritan con fuerza y patean largamente en el sillón dental. La amenaza de sacar a los padres puede ser suficiente para que el niño calle o darle tiempo para que se desahogue.

o) NIÑO ENFERMIZO: son niños que debido a problemas diversos de salud han estado relacionados - con el medio hospitalario por lo tanto, son cooperadores ante el tratamiento dental en cualquier situación que se presenten.

"LA CLINICA ODONTOPEDIATRICA
DE LA INFANCIA DEJA DE SER -
TEORICA Y SE CONVIERTE EN -
SISTEMATICAMENTE SITUACIO- -
NAL".

CAPITULO IV

TECNICAS DE CONTROL DEL PACIENTE O DE RE-
ACONDICIONAMIENTO

A) USO DE PALABRAS ADECUADAS Y ESTIMULOS

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. - Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del Dentista. Por lo tanto, que el Dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que éste se porte bien.

Cuando un niño sea buen paciente, dígaselo, - esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño, alabe mejor su comportamiento que a él mismo. Por ejemplo, en lugar de decirle que ha sido un buen niño, díga le que hoy se portó bien en el sillón dental.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño un regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos. Algunos obsequios pequeños recuerdos o juguetes. Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción o para pegársela en la - -

frente es muy eficaz. La variedad de recompensas - puede ser desde modelos de yeso hasta grandes juguetes. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se recozca su mérito.

B) CONTROL DE VOZ

El control de voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz en un intento de dominar la interacción entre el profesional y el niño. Por ejemplo, un Odontólogo puede hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva o cuando éste grita, simplemente para ser escuchado. Una vez ganada la atención, el profesional puede bajar de voz ajustándola a la del niño. El control de voz es usado junto con alguna otra forma de restricción física y la técnica de mano sobre boca.

C) CONTROL PROPIO DEL DENTISTA

El Odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse. La ira, como el miedo, es una reacción emocional primitiva e inmadura. Es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito. El paciente lo pone en gran situación de desventaja, porque la ira disminuye la capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el Dentista pierde el control y eleva la voz, sólo asustará más al niño y se dificultará más la cooperación.

que sea capaz de enfrentar la situación.

En el empleo de este método, deberá tenerse en cuenta y cuidado especial de usar un lenguaje y conceptos que el niño no entiende. Frecuentemente los niños no comprenden las palabras que el Dentista emplea al dar instrucciones o mostrar el material o instrumental, para esto es conveniente tener en cuenta algunas palabras que el niño relacione y que mejore su calidad de comunicación.

APARATO DE Rx: cámara que tomará una fotografía a los dientes.

RADIOGRAFIAS: fotografías de los dientes.

ANESTESIA: agua mágica que va a dormir los dientes.

DOLOR: piquete de mosca o mosquito.

AGUJA: mosquito.

DIQUE DE HULE: babero, abrigo para tapar los dientes.

GRAPA: anillo, mariposa o estrella para el abrigo (dique de hule).

FORCEP: grúa para ayudar a caminar al diente.

PIEZA DE MANO: avión.

PROFILAXIS: cepillo eléctrico o de luz.

CARIES: gusanos que se comen el diente.

RESTAURACION: estrellita o corona de rey.

Es muy importante que cuando el Cirujano Dentista esté hablando con su asistente lo haga con - las mismas palabras sustitutas.

E) MANO SOBRE BOCA

La técnica mano sobre boca ha sido la más utilizada por la mayoría de los Odontólogos. La técnica fue descrita por primera vez en la década de 1920 por la Doctora Evangeline Jordan.

La técnica está indicada para los niños normales momentáneamente histéricos o desafiantes. Es imperativo que esto sea usado sólo en niños con su suficiente madurez como para comprender las simples órdenes verbales. La mano sobre la boca no es una técnica para el niño muy pequeño, inmaduro, atemorizado o el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional.

Para que un odontólogo maneje apropiadamente la técnica y trate a un paciente-niño, debe ser capaz de comunicarse con él. El niño que tiene un berrinche en el sillón dental consigue demorar o impedir el tratamiento. Además la conducta interruptiva está evitando también la comunicación.

El propósito de la técnica mano sobre boca, - es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que pueda ser establecida

la comunicación. Una vez realizado ésto, podrá emplear otras formas de reacondicionamiento para lograr una conducta aceptable.

La técnica puede ser usada de la forma siguiente: después de determinar que la conducta del paciente indica esta técnica se coloca suave pero firmemente su mano sobre la boca del paciente. Con la explosión verbal completamente detenida, se le dice al niño que cuando coopere la mano será retirada. Cuando el paciente indica su voluntad de cooperar, por señal afirmativa de la cabeza y la cesación de los gritos, la mano es retirada y el paciente es reevaluado. Si la conducta interruptora continúa, el Odontólogo coloca nuevamente su mano sobre la boca del niño y serán repetidas las indicaciones. Esta rutina se deberá repetir hasta que la conducta del niño cambie como para permitir que se realice el tratamiento.

F) RESTRICCIÓN FÍSICA

La restricción física del niño incluye el uso de abre bocas, restricción por parte del Odontólogo y/o asistente dental, correas unidas al sillón dental y uso de envolturas corporales, tales como sábanas o redes.

Los abre bocas siempre deberán ser usadas en el niño mental o físicamente impedidos y en el muy pequeño, que no pueda mantener la boca abierta por

períodos prolongados. En esas situaciones, además de controlar la actividad de la mandíbula y proteger al paciente del posible daño a sí mismo, un - abre bocas protege los dedos del Odontólogo.

La restricción física es manejada por el profesional y el asistente para conseguir la cooperación del niño. La restricción puede ser necesaria en caso de niños hiperactivos o desafiantes. El - asistente será entrenado para ésto y estará preparado para controlar la cabeza, cuerpo y brazos del niño. Deberá recalcar que tal procedimiento no - será usado en el niño aprensivo, puesto que, comúnmente sólo servirá para aumentar sus temores.

Cuando el niño es muy pequeño, la madre se - sentará en el sillón dental con el niño en los brazos, una mano será colocada en la frente del niño y con la otra cubre ambas manos, con ésto se puede inmovilizar al niño satisfactoriamente.

Pueden unirse correas al equipo dental para - inmovilizar a un paciente, en el pecho, la cintura y las piernas. Las correas son usadas principalmente para dirigir la actividad del paciente mental o físicamente impedido que no puede dominar sus propios movimientos. El controlar los movimientos del paciente evita que éste se lastime y que sus movimientos puedan interferir con el procedimiento - - odontológico.

Las sábanas, redes o envolturas corporales - pueden ser usadas también para restringir los movimientos. Este tipo de restricción no asegura al niño en el sillón dental, a menos que sea también - usada una sábana adicional (atada alrededor del paciente y del sillón dental). Este tipo de restric- ción con sábana es utilizada frecuentemente para - el niño muy pequeño.

G) PREMEDICACION

Un niño interruptor que no responde a los procedimientos de manejo, ya sean psicológicos o físi- cos, puede requerir terapia con drogas a fin de recibir el tratamiento odontológico definitivo.

La premedicación puede estar indicada para - los siguientes tipos de pacientes:

- 1.- Niños muy pequeños (de menos de 3 años de edad) que carecen de capacidad emocional e intelectual para cooperar.
- 2.- Niños muy aprensivos, en quienes la terapia con drogas puede ser usada conjunta- mente con otras técnicas de reacondionamiento.
- 3.- Niños físicamente impedidos, como los pacientes con parálisis cerebral, ya que no pueden controlar adecuadamente sus actividades musculares voluntarias.

- 4.- Niños mentalmente impedidos, como los pacientes con Síndrome de Down, puede carecer de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

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

Pasos a seguir en la decisión de si deberá usarse premedicación con un paciente particular:

- 1.- Identifique claramente el tratamiento a realizar.
- 2.- Decida cuanto tiempo es probable que insuma el tratamiento.
- 3.- Decida cuanta molestia será causada y que efecto psicológico tendrá posiblemente sobre el paciente.
- 4.- Decida cuanta conducta interruptiva puede ser aceptada sin sacrificar la calidad del tratamiento.
- 5.- Si es probable que ocurra demasiada conducta interruptora o el procedimiento exigirá mucho del paciente, decida si el do-

lor o la ansiedad del paciente o ambas re querirán medidas especiales.

- 6.- Elija la droga o drogas que brinden el - alivio necesario.
- 7.- Elija la dosis, la vía y el momento de ad ministración que logren el control deseado de la conducta.

Si se considera que los pasos antes mencionados son negativos, se procederá a la premedicación en un centro hospitalario adecuado donde se tenga el equipo y personal especializado para realizar - un buen tratamiento dental y no causar problema - psicológico en el niño.

"PARA QUE EL MEDICO SEA CAPAZ DE CUMPLIR SU FUNCION, DEBE PREOCUPARSE POR SU REALIZACION PERSONAL. ADEMAS - DE ESFORZARSE POR ACRECEN-- TAR SUS CONOCIMIENTOS, DEBE PREOCUPARSE POR ENRIQUECER DIA A DIA LA CALIDAD DE SU VIDA".

CAPITULO V

ACEPTACION DEL TRATAMIENTO DENTAL

A) GRADOS DE ACEPTACION

Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular se creó una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental.

GRADO 3: ACEPTACION POSITIVA.- voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.

GRADO 2: ACEPTACION INDIFERENTE.- conversación o preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente pero la posición en el si-llón dental sigue siendo relajada.

GRADO 1: ACEPTACION CON DESGANA.- falta de conversación, de respuesta y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el seño.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA⁹

GRADO 0: NO ACEPTACION:- protestas verbales o -
físicas manifestadas por llanto y be-
rrinches.

Este tipo de observaciones ayuda a valorar al -
paciente en concreto. Además si se registran en -
las sucesivas visitas, reflejan también la capaci-
dad de aprendizaje y adaptación del niño al trata-
miento dental.

Conforme pasa el tiempo, en niños normales, -
se van consiguiendo niveles cada vez más altos de
aceptación durante el curso del tratamiento.

La causa más evidente de que se produzca un -
fracaso total en la aceptación del tratamiento den-
tal es la utilización de procedimientos dolorosos.

Casi todos los niños en edades preescolares y
escolares son capaces de adaptarse al tratamiento
dental. La comparación de varios informes han pues-
to de manifiesto que Odontopediatras bien formados
tienen la posibilidad de conseguir casi un 100% de
éxito y los médicos que tratan niños apenas encuen-
tran pacientes "difíciles", siempre que el niño -
sea tratado de forma regular, incluidos medios pre-
ventivos.

El máximo grado de aceptación lo consiguen -
los Dentistas que invierten el tiempo suficiente -
al principio y permiten al niño adaptarse gradual-

mente al tratamiento dental.

B) TECNICA RADIOGRAFICA Y TRATAMIENTO OPERATORIO

El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de manera en que ha sido condicionado. El condicionamiento emocional de los niños hacia la Odontología, al igual que hacia otras experiencias que forman la niñez, se forman primordialmente en casa y bajo la guía paterna.

Si el Dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. El Dentista está vinculado emocionalmente a sus pacientes y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la Odontología.

La primera visita al consultorio dental, proporciona un medio agradable e indoloro de introducir al niño a la aceptación del tratamiento dental, para esto es necesario empezar con la toma de radiografías (después del Historial Médico), Cualquier tipo de miedo subjetivo a la radiografía que sienta el paciente puede disiparse fácilmente demostrando como se toman radiografías. La confianza

que adquiere el paciente en este momento, será muy valiosa en visitas futuras.

Hay tan pocos niños que escapan de las enfermedades dentales, que la mayoría de las personas - llegan a su primer contacto con la Odontología en la infancia. Dado que las primeras impresiones son las más duraderas, es extraordinariamente importante que cualquier servicio prestado al niño sea de gran calidad.

Cuando el Odontólogo y sus auxiliares parecen amables, competentes, con confianza en sí mismos e interesados apropiadamente en el bienestar de - sus pacientes, sus acciones crean confianza y reducen el miedo del paciente y la aceptación del tratamiento dental.

Haciendo uso de buenas técnicas de reacondicionamiento el Dentista puede llegar a crear sensación de comunidad y confianza con el niño y seguir el tratamiento hasta donde sea necesario y aceptable. Si continúa su instrucción, a medida que pasa de una etapa a la siguiente, mantendrá al paciente compenetrado en él, de manera que podrá reforzar - la buena conducta y alentar los sentimientos positivos asociados.

La mayoría de los Dentistas que tienen amplia experiencia en Odontopediatría coinciden en afir--

mar que la clave para una buena aceptación del tra-
tamiento dental es el manejo adecuado y cómodo de
los niños.

Si el uso de un anestésico local o de premedi-
caciones ligeras, o de ambos, puede hacer cual-
quier procedimiento más agradable y menos doloro-
so, entonces deberá utilizarse.

Las inyecciones realizadas con cuidado, prece-
didas de aplicaciones de anestésicos tópicos en -
forma de pasta, pueden ayudar mucho a desvanecer -
los temores del niño y mejorar la aceptación del -
tratamiento dental.

Cuando existe una conducta cooperadora es por-
que el niño exhibe su ansiedad y la comunica clara-
mente y ésta es comprendida por el Dentista. Sin -
embargo existen niños que presentan una regresión
en su conducta por el temor a la extracción, ésto
lo manifiestan algunos con llanto, mientras que -
otros se niegan a hablar después de la extracción.

Estudios realizados demuestran que es mejor -
otorgar un período de espera para realizar la ex-
tracción con ésto les da tiempo de prepararse psi-
cológicamente y poder aceptar el tratamiento den-
tal favorablemente.

CONCLUSIONES

El conocimiento previo de los temores que pueden ser producidos en un niño a través del tratamiento dental, deben ser estudiados para comprender los estados psicológicos que se presenten en éste.

Por ser el ambiente hogareño un factor importante en el desarrollo de la personalidad de un niño y sus patrones de conducta, se debe hacer hincapié en cartas previsitas y visitas previas, con esto se puede reducir el nivel de la ansiedad en el niño.

Se han descrito los métodos o técnicas por los que los Odontólogos pueden apoyar la conducta de enfrentamientos de los niños y por lo tanto, se deben familiarizar con estos conceptos y ser capaces de aplicarlos rutinariamente durante el tratamiento.

Siendo el fin de este trabajo el conocimiento de factores psicológicos que presentan los niños y el uso adecuado de técnicas de reacondicionamiento para lograr un mejor tratamiento dental, tanto en la fase preventiva como en la fase correctiva.

BIBLIOGRAFIA

- BARBER. ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V.
México 1984
- FINN. ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Ed. Interamericana, S.A. de C.V.
México 1982
- Mc. DONALD. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLES
CENTE
Ed. Mundi
México 1975
- MAGNUSSON. ODONTOPEDIATRIA (ENFOQUE SISTEMATICO)
Salvat Editores
México 1987
- RIPA. MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLOGICA
DEL NIÑO
Ed. Mundi, S.A.I.C. y F.
Argentina 1984