

93
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL
CONSULTORIO DENTAL**

T E S I N A

QUE PRESENTAN:
**GARCIA SANCHEZ BERTHA YESENIA
SOTO GARCIA CATALINA ALEJANDRA**
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANA DENTISTA

DIRECTOR DE TESIS C. D. FRANCISCO JAVIER SHIRAISHI RIVERA

*Vo Bo
Anus...*



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A la Universidad Nacional Autónoma de México.
Por habernos abierto las puertas del conocimiento.*

*A la facultad de Odontología.
Por las grandes enseñanzas que adquirimos dentro de ella..*

*A las clínicas periférica Milpa Alta, Naucalpan y
las Águilas.
Por la experiencia que obtuvimos en ellas.*

*A los profesores .
Por los conocimientos compartidos, así como, la orientación y
el apoyo.*

*Al C.D. Francisco Javier Shiraishi.
Por habernos asesorado en la tesina.*

A mis padres.

Por sus consejos y a su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera ya que gracias a eso, he podido realizar una de mis más grandes metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Yesenia.

INDICE

Introducción	1
CAPITULO 1	
EL MANEJO DE LA CONDUCTA	
El manejo de la conducta	2
El manejo de la conducta del niño en el consultorio dental	3
Psicología infantil	
MADUREZ Y APRENDIZAJE	4
Teorías sobre el desarrollo infantil	
Madurez	
Exposición al ambiente	
AREAS PRINCIPALES DEL DESARROLLO	5
PERIODOS COGNOSITIVOS DEL NIÑO	6
Periodo motosensorial	
Periodo concreto	
Periodo operacional formal	
TEMOR Y ANSIEDAD	9
CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COOPERACIÓN	11

Cooperadores	
Con falta de capacidad para cooperar	
Potencialmente cooperadores	
ESCALA DE FRANKLDE	12
Tipo I	
Tipo II	
Tipo III	
Tipo IV	
FACTORES FUERA DEL CONTROL DEL ODONTOLOGO	13
Historia médica y odontológica	
Influencia de los padres	
Relación con los hermanos	
Enfermedad	
FACTORES DENTRO DEL CONTROL DEL ODONTOLOGO	15
Ambiente del consultorio, orientación al niño	
Ubicación y diseño del equipo	
El odontólogo	
Personal odontológico	
Programación de sesiones	
Actitudes de los niños ante la experiencia odontológica	
Gustos y disgustos de los niños en odontología	

INTRODUCCION

Los temas de la conducta y su modificación no son nuevos en la odontología pediátrica, sin embargo con el advenimiento de la investigación en la ciencia del comportamiento humano se ha comenzado a esclarecer la dinámica de la conducta. Esto ha dado al dentista una oportunidad no sólo de comprender o manejar la conducta del niño, si no de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar la respuesta apropiada en el niño.

La odontopediatría es la disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes en cuanto se relacionan a la situación dental. Al contrario de lo que ocurre en el tratamiento de los adultos, el dentista que atiende niños, debe comprender el desarrollo del niño antes de que pueda aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta.

La capacidad para tratar niños con éxito depende de muchos factores, entre los cuales están el goce y la satisfacción por un trabajo bien hecho para quienes trabajan con niños.

También la propia personalidad y manera de ser del odontólogo debe de reflejarse en la decoración del consultorio, para crear un ambiente que refleje el mundo y satisfaga las necesidades de los niños, y facilite el establecimiento de una buena relación. Es muy importante establecer lineamientos para la evaluación y tratamiento de los niños y ha de existir la flexibilidad suficiente para adaptarse a las circunstancias individuales, pues las respuestas de comportamiento de ellos, están muy lejos de ser uniformes y es imperativa la objetividad en la evaluación

CAPITULO I

EL MANEJO DE LA CONDUCTA

En pacientes odontopediátricos el tratamiento se puede dividir en tres categorías básicas. Psicológico, físico y farmacológico.

1 Atención afectuosa, actitud firme y consistente, refuerzo positivo.

2 Ayuda física, asistente extra.

3 Medicación previa.

El odontólogo debe comenzar con una atención afectuosa y mantener este clima con una actitud consistente y firme, refuerzo positivo y un modo amable para captar la atención y cooperación del niño .

Cuando son necesarias las ayudas farmacológicas, deben de ser utilizadas como auxiliares, más no como sustitutos de los enfoques no farmacológicos en el manejo de paciente.

El odontólogo podrá combinar el empleo de la ayuda física, asistente extra, con un tranquilizante.(2)

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El manejo de los niños con conducta poco cooperadora en el consultorio dental es un reto. Los niños necesitan de la atención, habilidad y tiempo del cirujano dentista más que cualquier paciente adulto, en el pasado muchos dentistas no tenían esas disposiciones, así que hasta hace pocos años se puso de moda anestesiarse en forma general a los niños con poca disposición para cooperar en su tratamiento dental.

En la actualidad esa práctica ha venido disminuyendo principalmente con la aplicación de técnicas de convencimiento de los niños, para realizar un tratamiento con bloqueo local. Además por que se ha desarrollado un consenso en recomendar a los padres de no " amenazar" a sus hijos con la anestesia general. Es por esto que el entendimiento, comportamiento y la atención de los pacientitos con este tipo de conducta sea una parte importante en la práctica de la odontopediatría (3)

El término de modificación de la conducta se refiere a la aplicación explícita y sistemática de los principios y la tecnología derivados de la investigación en odontología clínica y psicología experimental. Esto comprende procedimientos que crean cambios en el comportamiento social y ambiental del niño para aliviar el dolor y la ansiedad. Las técnicas de modificación de la conducta, por lo general, se aplican para mejorar el autocontrol al ampliar las destrezas y la independencia del niño

La conducta en el sentido general se define como cualquier cambio en la actuación del organismo que podamos observar y evaluar. (.4)

PSICOLOGÍA INFANTIL.

El concepto anticuado de que el niño es un adulto en miniatura, fue abandonado hasta el siglo XVIII. Los trabajos del filósofo suizo Jean Jácques Rousseau (1712-1778), y de otros pensadores hicieron especial hincapié en que los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos. En los niños preescolares este desarrollo va acompañado de amnesia sucesiva, ningún adulto recuerda como era a los tres o cuatro años de edad. Por otra parte, los recuerdos de la edad escolar están influidos por la racionalización.(4)

MADUREZ Y APRENDIZAJE

TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

Las teorías sobre el desarrollo intelectual y la psicología del niño han evolucionado según las distintas escuelas.

Las teorías del aprendizaje, que dominaron los sistemas educativos establecidos en el siglo XIX consideraban solamente al niño como un receptor de impresiones procedentes de su entorno.

Hoy en día dominan las teorías cognitivas, que valoran sobre todo la interrelación existente entre las influencias externas y el desarrollo interno.

Existen dos factores que influyen sobre el proceso de desarrollo y que gobiernan la conducta del niño, los cuales son:

a-Madurez

b- Exposición a determinado ambiente.

MADUREZ

Es la expresión de como el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos

Con cada experiencia nueva, se desarrolla una conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y las consecuencias de su conducta.

EXPOSICIÓN AL AMBIENTE

Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordia con su madurez.

Los modos del niño para percibir y reaccionar al ambiente son innatos y cambian con la edad.

Finalmente el niño desarrolla nuevas habilidades utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

El dentista que trata niños, debe de comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de la maduración y las experiencias y que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales. (2)

AREAS PRINCIPALES DE DESARROLLO:

Desarrollo motor: aumento en el control y la coordinación muscular.

Desarrollo cognoscitivo: pensamiento, conceptualización, razonamiento.

Desarrollo de la percepción: integración de las impresiones de los sentidos como el oído y la vista.

Desarrollo social y de la personalidad: guías habituales del comportamiento con otros niños.

Desarrollo del lenguaje: progreso de las destrezas del lenguaje.

Aunque cada área es importante para comprender al niño, el área menos atendida y más pertinente para los dentistas abarca el conocimiento de la forma en la que el niño piensa y en consecuencia la forma en la que reacciona a una situación a menudo llena de tensiones. (3)

Rudy Kisling, encontró que el desarrollo mental en términos de la edad ejerce una influencia decisiva sobre si el niño puede aprender a aceptar del todo el tratamiento dental. (5)

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento así como la forma en la que el niño piensa. Piaget identifica tres periodos principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño. Desde la etapa refleja hasta la donde se resuelven los problemas complejos, así los describe:

Periodo motosensorial.

Periodo operacional concreto.

Periodo operacional formal.

PERIODO MOTOSENSORIAL (INFANCIA) 0-2 AÑOS.

Durante este periodo las actividades motosensoriales del niño están aumentando; caracterizado por la necesidad de actuar físicamente en el ambiente, codifica la información primordial en término de acciones; aprende

a caminar, a correr y a subir y bajar escaleras. Maneja bastante bien el ambiente pero solo utiliza medios externos de comprensión. En este momento su esquema interno rudimentario de manejar las cosas, esta justamente comenzando: realiza combinaciones mentales por prueba y error para desarrollar representaciones mentales, sin la representación mental el niño, no tiene concepto de la permanencia del objeto. Los padres que dejan a su hijo de tres meses de edad puede provocar una reacción de llanto o parecerá que el niño se olvida de ellos, significa que dejan de existir, si la acción es repetida con un niño de 18 meses de edad, el niño intentara encontrar a sus padres. El recién nacido aprende a codificar los objetos y los eventos en términos de acciones y finalmente en imágenes visuales.

El clínico debe estar consciente de que el pequeño no esta pensando en la forma de manejar situaciones tensas, sino que simplemente reacciona usando sus ojos, sus manos, su voz y sus oídos. El niño se enfrenta mejor con las realidades concretas externas, con objetos tangibles y con cosas que están frente a él, cosas que pueda asir; por ejemplo no puede diferenciar entre su madre alejándose del consultorio en lo que lo atienden para traer su bolso ó su madre dejándolo en las manos capaces del clínico y su personal.

PERIODO CONCRETO 2 -12 AÑOS.

El periodo concreto puede dividirse en dos secciones de los 2 a los 6-7 años de edad, se describe como el periodo Preoperatorio. El niño más pequeño en este grupo presenta los problemas más difíciles para el manejo clínico. Durante este periodo el niño desarrolla la capacidad para codificar información en términos de acciones tanto visuales como simbólicas. Las

imágenes y los símbolos visuales representan objetos y eventos reales concretos permitiendo la fantasía del niño.

Aunque el niño ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede conversar, el preescolar tiende a actuar de manera egocéntrica . sencillamente no sabe lo que los demás están pensando y no está consciente de que sus ideas pueden ser diferentes. Cuando un preescolar describe sus actividades diarias o una lesión traumática, puede comenzar por la mitad, ó por el final del suceso o puede dejar fuera partes esenciales de la información debido a que no considera las perspectivas del que escucha. No ha tenido las experiencias o la madurez cerebral para investigar acerca de las demás ideas. Aproximadamente a los 4 años de edad el niño escucha a otros expresar sus pensamientos pero los comprende en su forma idiosincrásica y cree que tiene un cuadro claro de una situación .

La mayoría de los niños de 3 a 5 años de edad tienen razonamientos primitivos y comprensión idiosincrásica . Comprende las cosas en término de causa y evento.

Conforme el niño se va acercando a la edad escolar la conceptualización adquiere estabilidad y coherencia, el niño en el periodo operacional concreto de 7 a 12 años esta ansioso por aprender mucho acerca del mundo . Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos, como grande-pequeño, abajo-arriba. Gradualmente captan que otros tienen ideas y comprensión diferentes y que el no esta entendiendo mucho; por lo tanto esta dispuesto a escuchar .Este factor de desarrollo no solo faciita el tratamiento, sino que también ayuda a simplificar las explicaciones debido a que el niño esta desarrollando un modelo lógico de

causa y efecto basado en su creciente habilidad para conceptualizar y generalizar.

PERIODO OPERACIONAL FORMAL (ADOLESCENTE) 13-17 AÑOS.

Con el inicio del periodo operacional formal, el niño esta entrando en la adolescencia, lo cual puede ser un periodo fácil de desarrollo ó por el contrario confuso. El individuo debe enfrentarse con lo abstracto así como también con la realidad.

Habiendo alcanzado la capacidad para resolver problemas complejos, el adolescente deberá comprender la causa y el efecto. Los ideales y las aptitudes importantes se están desarrollando junto con el razonamiento inductivo. Es de esperarse que el individuo haya integrado sus funciones mentales con la realidad, esto es , que ha evolucionado en inteligencia y transforma las acciones motoras en pensamientos y conducta.(5)

TEMOR Y ANSIEDAD

El temor es una respuesta emocional normal, a diferencia de la ansiedad y la fobia, a fuentes conscientemente reconocidas y externas de peligro, que se manifiesta por la alarma, aprensión o intranquilidad.

La ansiedad es un sentimiento de aprensión e incertidumbre sin un estímulo manifiesto, acompañado de cambios fisiológicos (taquicardia, sudación, temblor). (4)

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, daño y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre.

Los niños responden a las situaciones de estos enfrentándolas, un niño puede responder a una visita odontológica con una actitud definida aceptándola pasivamente o rechazándola.

No es la ansiedad en sí lo que determina al tipo de paciente odontológico, sino la manera de asumir sus miedos, la mayoría de los niños demostrará una conducta de acuerdo a su edad y nivel de madurez emocional.

Algunos pacientes responden no cooperando y existen muchas razones para ello. Pueden simplemente ser demasiado pequeños o emocionalmente inmaduros como para comprender las necesidades del tratamiento dental. Para otros niños será escasa la disciplina impartida por los padres y en el caso contrario estos podrán ser demasiado severos.

Los niños mayores quizá desarrollaron temor al tratamiento odontológico por que sus padres le transmitieron inadvertidamente sus temores o por haber escuchado historias sobre la odontología de sus hermanos u otros familiares.

Los temores que un niño ha adquirido por las sugerencias de otros son llamados temores subjetivos, mientras que aquellos que resultan de la propia experiencia son llamados temores objetivos. Los temores subjetivos son a menudo más intensos ya que fácilmente son magnificados por la imaginación de un niño(1)

CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN CUANTO A SU COOPERACIÓN.

Se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico. La comprensión de estos tiene un interés más que académico y para el odontólogo una ventaja en más de un sentido:

- Puede brindar un método de abordaje.
- Puede ayudarle en la orientación del método de abordaje.
- Brindar un medio para registrar metódicamente la conducta y puede ayudar a evaluar la validez de las investigaciones actuales.

Una de las clasificaciones clínicas agrupa a los niños en tres categorías tomando en cuenta su conducta con respecto al tratamiento dental:

- COOPERADORES.
- CON FALTA DE CAPACIDAD PARA COOPERAR.
- POTENCIALMENTE COOPERADORES.

La mayor parte de los niños que se atienden en el consultorio dental cooperan. Esto se confirma con la experiencia clínica, así como por estudios recientes. Los niños cooperadores están razonablemente relajados tienen un mínimo de aprensión e inclusive están entusiasmados.

La conducta cooperadora del paciente es importante por que es la clave para realizar el tratamiento.

En contraste con el niño cooperador tenemos al que no lo es. Está categoría incluye a los niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación. En consecuencia no se puede esperar comprensión.

Esta categoría de niños que carece de la capacidad para cooperar son aquellos que tienen estados específicos que los debilitan o discapacitan, como parálisis cerebral, síndrome de Down, etc. La gravedad de su estado impide la cooperación de la manera habitual, es por eso que se emplean con ellos técnicas especiales para manejar su conducta mientras se efectúa su tratamiento; sin embargo no se pueden esperar importantes cambios positivos en su conducta.

Los niños potencialmente cooperadores son niños con problemas de conducta.

Este tipo difiere de la de aquellos que carecen de la capacidad de cooperar, porque estos tienen la capacidad de actuar cooperando, se trata de una diferencia importante cuando se clasifica a un niño como potencialmente cooperador, el juicio clínico es que la conducta de un niño puede ser modificada: es decir, que puede tornarse cooperador.(2)

Otra clasificación es la escala de Franklde de las conductas.

TIPO I- Definitivamente negativa.

Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremado.

TIPO II- Negativo.

Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano)

TIPO III- Positivo.

Acepta el tratamiento a veces es cauteloso; muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.

TIPO IV- Definitivamente positivo.

Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.(6)

FACTORES FUERA DEL CONTROL DEL ODONTÓLOGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

HISTORIA MEDICA Y ODONTOLÓGICA.

La extensión ó la limitación de la experiencia odontológica previa bien pueden determinar las respuestas de conducta del niño . En muchos sentidos, es más simple generar pautas de conductas positivas en el consultorio odontológico cuando no hubo una experiencia odontológica previa, puesto que existe la oportunidad de desarrollar técnicas de tratamiento personalizadas, con el fin de reforzar pautas de conducta aceptables; en cambio cuando hubo experiencias previas de tratamientos extensos o negativos es necesario superar las ansiedades o temores

procedimientos específicos, como las punciones (agujas) en donde los niveles de ansiedad pueden estar elevados.

Algunos pacientes, en virtud de experiencias médicas y odontológicas previas demuestran una menor ansiedad, en tales casos el odontólogo debe de alentar el nivel existente de confianza y desarrollar aún más las pautas de conducta deseadas.

INFLUENCIA DE LOS PADRES.

La influencia de los padres sobre la visión del niño respecto a la odontología es un factor primordial. Si es positiva el niño se sentirá alentado a responder favorablemente. En contraste una influencia negativa desalentará actitudes positivas hacia el medio odontológico. En resumen sino fueron inculcadas en el hogar puede ser difícil, que en el consultorio odontológico se puedan establecer las pautas de conducta correctas.

RELACIONES CON LOS HERMANOS.

La influencia puede ser positiva o negativa. Cuando otros niños de la unidad familiar han sido tratados en el consultorio dental de manera positiva, el resto de los hijos suele esperar su oportunidad con ansia. Si la experiencia de los hermanos fue desfavorable, la influencia será precisamente la opuesta.

ENFERMEDAD

La salud física de un niño influirá sobre su conducta. La capacidad de dominar las situaciones puede estar drásticamente reducida durante la enfermedad. Pacientes totalmente cooperadores pueden reaccionar de una manera totalmente extraña en tales circunstancias, y siempre se ha considerado a la enfermedad como causa incuestionable para modificar una situación, con lo cual se deben de evitar las experiencias desfavorables(5).

FACTORES DENTRO DEL CONTROL DEL ODONTÓLOGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO.

AMBIENTE DEL CONSULTORIO, ORIENTACIÓN AL NIÑO.

Uno de los métodos más fáciles de reducir los niveles de ansiedad es crear un medio ambiente que atraiga al niño. Las necesidades ambientales del niño, difieren de las del adulto, y es preferible planificar un consultorio odontológico que aliente un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño.

UBICACIÓN Y DISEÑO DEL EQUIPO.

El consultorio debe de ser diseñado de modo de reducir al mínimo los estímulos visuales potencialmente negativos. Los instrumentos que

particularmente pueden causar temor no deberán estar a la vista, es preferible ubicar el equipo a los lados o detrás del paciente.

EI ODONTÓLOGO.

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental y debe de 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 de ser cortés y deberá de hablarle 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 causa temor. Siempre que sea necesario se podrá sustituir con palabras sencillas aquellas que son difíciles de entender.

La vestimenta del odontólogo y su aspecto general crea una impresión significativa en el niño más de lo imaginado por muchos adultos. Los pequeños son muy conscientes de los detalles minúsculos del aspecto. Los uniformes no son una necesidad absoluta, pero si se les usa deben de ser de colores alegres. Se requiere una atmósfera placentera y de confianza que comienza con el aura que rodea al odontólogo.

PERSONAL ODONTOLÓGICO.

La manera en que se conduzca el personal seleccionado, estará directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo y todo lo relativo a su conducta se aplica al personal. Todos deben de conocer sus deberes, tener conciencia que está sucediendo en el consultorio y conseguir los objetivos perseguidos. Cada miembro del equipo debe de conocer el plan de tratamiento del paciente y la manera en la que se llevará a cabo.

La preparación minuciosa y la organización son la clave. Desde el momento en que el niño entra al consultorio, la atención debe de concentrarse exclusivamente en ese único paciente.

PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES.

Se ha de considerar bien la programación de las sesiones de los niños cuando están acostumbrados a siestas ó comidas a determinada horas del día, se evitara citarlos a esa hora para que no estén irritables.

Los niños pequeños y aprensivos que se van a medicar con sedantes es mejor citarlos temprano. El equipo odontológico debe de esforzarse por mantenerse dentro del programa, pues las demoras indebidas en el comienzo de una sesión pueden crear ansiedad y desesperación en el niño.

La duración de la cita es también considerada una importante herramienta del manejo para algunos odontólogos, las citas cortas permiten que el paciente coopere más. (7)

ACTITUDES DE LOS NIÑOS ANTE LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

La actitud ha sido definida como una disposición, inclinación ó tendencia a actuar ante elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo. Esta actitud depende tanto de la interpretación del sujeto a una situación dada, como de su reacción emocional hacia ella.(1)

GUSTOS Y DISGUSTOS DE LOS NIÑOS EN ODONTOLOGÍA

(1)

GUSTOS	DISGUSTOS
<ul style="list-style-type: none">- Una sala de espera interesante, con libros, cuentos e historietas y una pecera.- Música adecuada.- Ser llamados por su nombre.- Que el odontólogo hable mientras trabaja.- Oír explicaciones de los procedimientos odontológicos por el odontólogo.- Mirar en un espejo mientras el odontólogo trabaja.- Tener una señal para que el odontólogo deje de fresar.- Que se le diga que es un buen paciente.- Un regalo posoperatorio.	<ul style="list-style-type: none">- Que se les haga esperar.- Una sala de espera no atractiva.- El olor del consultorio.- El aliento del odontólogo.- Los rollos de algodón.- El fresado.- La luz operatoria en los ojos.- Las mentiras sobre un procedimiento doloroso.- Ser regañados por el odontólogo.- Que se burlen de él.- Que se le hagan preguntas cuando la boca esté llena.- Ser comparados con otros niños.- Informes desagradables a los padres

CAPITULO 2

TÉCNICAS BÁSICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA FÍSICA

VISITA PRELIMINAR

La visita preliminar consiste en llevar al niño al consultorio dental para que conozca el lugar y obtenga información de él. De antemano se le explica que ese día no se le hará absolutamente nada. Tiene la oportunidad de conocer a la recepcionista, la asistente y al odontólogo. Si las cosas van bien será posible mostrarle y explicarle en términos comprensibles para él ciertas partes del equipo dental, como "la pistola de agua y aire"(jeringa triple) o "el avión" (pieza de mano).

DECIR, MOSTRAR Y HACER.

Este método constituye el fundamento de la fase educacional para inducir en el paciente infantil un comportamiento relajado y tolerante.

Antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestésico local y otros procedimientos como la terapia pulpar) a de explicarse al niño lo que se hará, y después simular para él, lo que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento.

CONTROL MEDIANTE LA VOZ.

Este método proporciona al odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de "aquí mando yo"; la expresión facial del odontólogo también debe de reflejar esa actitud de seguridad

MANO SOBRE BOCA.

En este método, el odontólogo le cubre la boca al niño con la mano, con esto se controla el berrinche, cuando llora de modo histérico.

Este se ha de usar junto con el método de control de la voz, este sistema funciona de manera confiable, con varios tipos de personalidad infantil.

No se pretende intimidar al niño, sino distraer su atención y hacerle callar para que pueda escuchar lo que le dice el odontólogo.

RESTRICCIÓN FÍSICA

En sentido literal es la acción y efecto de restringir a nivel físico los movimientos inconvenientes del niño durante el tratamiento dental.

Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas ó con el uso de la red.

Está técnica se emplea durante la cita, y se limita a los niños inmanejables. Un sustituto de la restricción física es el control farmacológico ó la anestesia general.

EFFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA MADRE EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Es muy probable que los odontólogos prefieran en general, tener a los padres ausentes del consultorio mientras están tratando a su hijo debido a que la mayoría de estos 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 madre se quede en la sala de recepción.

Sin embargo la presencia de la madre puede servir para minimizar los temores del niño pequeño ofreciendo apoyo emocional durante esta experiencia.

Los niños pequeños son propensos a un número de temores incluyendo el temor a lo desconocido y al abandono. También carecen de la capacidad de adaptarse a una nueva situación o ambiente.

Weininger ha afirmado que aproximadamente de 1 a 3 años de edad los niños exhiben comúnmente ansiedad durante la separación de corto tiempo de los padres y el grado de respuesta es afectado por la duración de este aislamiento.(1)

TÉCNICAS BÁSICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA

CONDICIONAMIENTO:

Quando los niños llegan al consultorio para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa de este tipo, se pueden establecer pautas de comportamiento apropiado mediante el empleo adecuado del refuerzo positivo.

Los principios esenciales de la psicología serán empleados como rutina. Se utilizará un simple enfoque de -diga-, -muestre-, -haga-.

REENTRENAMIENTO.

Los niños que necesitan esta técnica demuestran ansiedad, temor o simplemente pautas de conducta negativa. Es necesario superar una historia pasada de refuerzo negativo y remplazarla de asociaciones positivas.

CONDUCTA DESCONTROLADA:

La mayoría de las veces cabe prever ese tipo de conductas cuando el paciente está en la sala de recepción, los padres con frecuencia se lo advierten al personal. Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio.

Es preferible que sea el padre quien cumpla esta función en vez de alentar mayor hostilidad de parte del niño mediante el recurso de apartarlo por la fuerza del familiar.

Una vez en el consultorio, el padre será quien siente al niño en el sillón dental y haga un intento inicial para establecer la disciplina; pero si esto no resulta no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo de establecer los lineamientos del comportamiento que debe seguir el niño.

CONDUCTA DESAFIANTE:

Es importante ser firme confiado y establecer lineamientos claros para la conducta.

Se establecerán claramente los objetivos del tratamiento y se hará un esfuerzo decidido para discernir las raíz del problema. El acto de desafío puede reflejar una ansiedad o temor subyacente.

CONDUCTA TÍMIDA:

A estos pequeños hay que acercárseles de manera cariñosa, cálida y humana. Lo mejor es un abordaje suave, se deben delinear las bases para la sesión. Estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente, de modo que la ayuda del personal femenino en la orientación puede resultar en una beneficiosa aplicación de sus aptitudes.

CONDUCTA COOPERATIVA TENSA:

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar se requiere estar constantemente alerta y demostrar una preocupación por la comodidad y la reacción del paciente, estos niños soportan su ansiedad lo mejor que pueden. Los signos manifiestos de aprensión son retorcerse las manos, transpirar, agarrarse del sillón, los cuales pueden ser también indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento supervisar los niveles de comodidad, para estar seguro de que no habrá una contribución negativa a los niveles de ansiedad.

CONDUCTA LLOROSA:

Este tipo de reacción puede resultar muy frustrante para todos los miembros del equipo odontológico. Aún más, puede elevar los niveles de ansiedad de los niños que se encuentren en la sala de espera.

Como el niño suele gemir cualquiera que fuera la naturaleza del procedimiento es difícil de determinar cuales situaciones son el verdadero malestar y hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable a sus gemidos.(6)

LLANTO EN EL CONSULTORIO DENTAL:

No es raro ser testigo de que un niño llora mientras esté en el sillón dental. Todo llanto sin embargo no deberá comunicar el mismo mensaje al odontólogo.

Elsbach ha descrito cuatro tipos de llanto en los niños:

1. Llanto obstinado:

El niño que tiene berrinche para impedir el tratamiento dental muestra un llanto de tipo obstinado. Este llanto es fuerte, de tono agudo como si fuera una sirena.

2. Llanto de temor:

Está comúnmente acompañado con un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos como buscando aire.

3. Llanto por daño:

Puede ser fuerte; sin embargo va acompañado por una pequeño lloriqueo. La primera indicación de que el niño está incomodo puede ser una sola lágrima que cae del ángulo del ojo y corre por la mejilla. El llanto por daño es fácilmente identificado debido a que el niño dirá voluntariamente o cuando es interrogado, que está teniendo dolor.

Algunos niños pueden estar sufriendo dolor pero controlar su actividad física, de modo que el odontólogo no se da cuenta de que existe un problema.

Cuando se reconoce que el niño está con dolor, hay que detener el procedimiento odontológico y lograr su control satisfactorio.

4. Elsbach describe el llanto compensatorio como no realmente un llanto, si no como un zumbido monótono que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa. Si bien puede resultar fastidioso al odontólogo, esta es la manera con la que el niño enfrenta lo que considera un estímulo auditivo desagradable.(1)

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

Para evaluar más objetivamente las reacciones de los niños a la experiencia odontológica, varios investigadores han controlado sus respuestas fisiológicas. La transpiración y el ritmo cardíaco son dos actitudes fisiológicas frecuentemente controladas. La transpiración aumenta cuando un individuo se hace aprensivo. Este aumento puede ser detectado por galvanómetro, que mide la resistencia disminuida de la piel húmeda a los impulsos eléctricos. El ritmo cardíaco aumenta con la aprensión y se puede controlar simplemente y sin dificultades con un dispositivo fotoeléctrico, insertado a un dedo y que transmite a un polígrafo modificado.

La cantidad de sangre en el lecho capilar distal del dedo controlará la cantidad de luz que alcanza la fotocélula, y cambia así el impulso eléctrico al dispositivo.

CAPITULO 3

MEDICACIÓN PREVIA

Un niño interruptor que no responde a los procedimientos de manejo, ya sean psicológicos ó físicos y asistencia extra, es un buen candidato para utilizar en él tranquilizantes leves, sedantes orales ó sedantes por inhalación como el oxido nitroso que pueden ser de gran ayuda para realizar el tratamiento. Un paso más extremo en la medicación previa con combinaciones de drogas, colocan al paciente en un estado más profundo de sedación y analgesia. Si estas medidas fracasan, deberá ser usada la anestesia general. Cualquiera que sea la combinación, la seguridad del niño es de importancia capital. La preparación adecuada por el odontólogo, el personal auxiliar, los padres y el paciente, permite al profesional ser eficiente y bien organizado, y promueve un ambiente de confianza. Si surgiera una crisis el odontólogo y su personal deberán estar listos con las medidas de emergencia apropiadas, incluyendo antídotos para las drogas. A medida que el niño conoce más sobre los procedimientos odontológicos (a esto contribuye la técnica de decir mostrar y hacer) gradualmente se va desensibilizando, y el odontólogo tiene menos necesidad de recurrir a la medicación previa.

INDICACIONES PARA EL USO DE LA MEDICACIÓN PREVIA.

1-Niños muy pequeños (tres años de edad ó menos) que carecen de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

2-Niños muy aprensivos, en quienes la terapia con drogas puede ser usada junto con otra técnica de manejo de la conducta, como decir- mostrar y hacer.

3- Niños físicamente impedidos, como los pacientes con parálisis cerebral que no puedan controlar adecuadamente sus actividades musculares.

4-- Niños mentalmente impedidos, como los pacientes con síndrome de Down.

Los agentes sedantes e hipnóticos más utilizados son los barbitúricos y las benzodiazepinas.

BARBITURICOS:

Entre estos se encuentran secobarbital(secenal) y el pentobarbital (nembutal).

Se pueden obtener diferentes efectos variando la dosis, desde ligera quietud, adormecimiento, y sueño liviano, con poco peligro de la respiración y circulación. No tienen efecto analgésico, los estímulos del dolor y el ruido tienden a oponerse a la droga.

En grandes dosis frecuentemente producen confusión, excitación o conducta irracional y aumenta el peligro de depresión respiratoria y circulatoria.

Dentro de los límites razonables los niños toleran muy bien los barbitúricos, la dosis pediátrica media para el secobarbital o pentobarbital pueden calcularse en 1,5 mg por libra de peso corporal.

El pentobarbital puede ser administrado en forma de supositorios, cápsulas orales, jarabe o en solución inyectada por vía intramuscular. La inyección parenteral es la más eficaz. La vía rectal es lenta e insegura.

En niños menores de 1 año se prefiere el seconal; en niños obesos y enfermos necesitan relativamente menos droga por unidad de peso corporal que niños hiperactivos.

Para lograr el nivel deseado de sedación con los agentes disponibles será necesario dar pequeñas dosis individuales a intervalos regulares, hasta alcanzar el grado de depresión deseado.

El pentobarbital causa poca depresión respiratoria, los niños lo toleran bien en cantidades relativamente grandes.

Es importante el momento en el que se administra el hipnótico, por lo general se administra 90 min. antes de la intervención, pero si la intervención se realiza a media mañana el niño estará tranquilo y sin comer, por lo que se sugiere que se administre unas 3 hrs antes de la intervención para que el niño se tranquilice y dormite durante este tiempo.

BENZODIACEPINAS:

El más usado es el diacepam, ya que existe suficiente evidencia de estudio sobre pacientes para indicar que esta es una de las drogas ansiolíticas más útiles para el manejo de los niños difíciles.

El diacepam fue sintetizado por primera vez en 1961, y es un sólido cristalino.

Debido a su efecto sedativo el diacepam es utilizado para aliviar la ansiedad asociada con todas las variedades de neurosis y estados de ansiedad.

Es frecuentemente empleado antes de la cirugía y el tratamiento odontológico debido a la sedación y amnesia que produce.(1)

ACCIONES, PROPIEDADES Y EFECTOS

El diacepam es una droga ansiolítica que produce la sedación a través de su efecto depresor sobre el sistema reticular y sobre el sistema límbico, el tálamo y el hipotálamo. La droga es también un relajante muscular que actúa centralmente y tiene propiedades anticonvulsivas. El diacepam produce un grado de amnesia y esta droga no tiene ninguna propiedad analgésica y antiemética. No se ven efectos cardiovasculares importantes en los pacientes que reciben dosis terapéuticas.(5)

ABSORCION DESTINO Y EXCRECION

El diacepam puede ser administrado por vía oral, intramuscular o endovenosa, es bien absorbido por el tracto gastrointestinal o de su sitio de inyección. Los niveles sanguíneos picos son alcanzados aproximadamente de una a dos horas después de la administración de su dosis oral.

El metabolismo del diacepam incluye la demetilación y la oxidación los metabolitos así como el diacepam no alterado son excretados principalmente en la orina, pero también en las heces.

La excreción ocurren en dos fases: Una parte de la droga es excretada rápidamente (vida media de 2 a 3 horas), y otra parte en forma lenta (2 a 8 días).

REACCIONES ADVERSAS Y TOXICIDAD

La confusión, náuseas, dolor de cabeza, vértigo, apetito aumentado, salivación disminuida e ictericia son trastornos que han sido informados después de la administración del diacepam.

Del interés para el odontólogo son los informes de una salivación disminuida y un apetito aumentado.

El diacepam está contraindicado en los pacientes con hipersensibilidad manifiesta a él; en pacientes con glaucoma agudo de ángulo estrecho, los que padecen glaucoma de ángulo abierto pueden tomar diacepam si están recibiendo un tratamiento apropiado para su condición.

La toxicidad es relativamente baja. La depresión del sistema nervioso central es el hallazgo principal en los casos de sobre dosis, e incluyen: somnolencia, ataxia, confusión, sueño y coma. Los efectos sobre la respiración, el pulso y la presión sanguínea son mínimos con la sobre dosis.

INVESTIGACIONES CLINICAS

El diacepam es usado actualmente en forma oral y endovenosa en el tratamiento de los niños.

DIACEPAM ORAL

La sedación oral con diacepam ha sido recomendada por varios clínicos como auxiliar en el tratamiento odontológico en niños, por lo tanto se tiene disponible investigación clínica que prueba la efectividad de la droga sobre estos.

Peabody ha informado que después de 2000 administraciones de diacepam, no ha visto un sólo efecto lateral serio y cree que es la mejor droga de la familia de los tranquilizantes para usar en niños problema.

En uno de los informes sobre el uso de diacepam oral para pacientes que fueron evaluados como sumamente difíciles de manejar en una visita inicial, los niños recibieron 5 mg de diacepam en forma de tabletas, la noche anterior, por la mañana y 15 min. antes de una visita operatoria. Moody encontró que quince de diecinueve niños demostraron una conducta mejorada durante esta visita.

Crack, ha informado el tratamiento de 36 pacientes, 33 de los cuales fueron niños entre los 3 y 14 años de edad a los cuales se les administró diacepam un día antes 3 veces al día durante 24 horas, la conducta observada durante los procedimientos odontológicos fue evaluada como buena en el 58%, satisfactoria en el 28% y sin ninguna mejoría en el 14%.

DIACEPAM ENDOVENOSO:

Este se usa para tratar pacientes con severos impedimentos mentales que han requerido previamente anestesia general.

DOSIS:

Una dosis inicial de diacepam para el niño varía de 0.5 a un miligramo por año de edad, esta dosis puede ser dada la noche anterior así como una hora antes de la visita.

La dosis del diacepam endovenoso puede ser controlada y ajustada para mantener al paciente en el nivel de sedación adecuado.(1)

ANESTESIA GENERAL:

Como la anestesia general puede ser un procedimiento que ponga en peligro la vida, su uso deberá de ser restringido a aquellos pocos casos donde esté específicamente indicada. Sólo cuando todos los métodos apropiados para el manejo del paciente han fracasado en el control de la conducta y la actividad física del niño, se deberá recurrir a ella. Musselman y Roy recomiendan que se hagan por lo menos 2 intentos con otras técnicas de manejo en el consultorio odontológico, antes de elegir anestesia general. Tales intentos pueden incluir el uso de restricciones, medicación previa, o la combinación de ellos. Afirman que antes de internar a un paciente en el hospital para anestesia general, siempre deben ser considerados 2 factores: 1) los costos hospitalarios, y 2) los riesgos asociados al anestésico mismo. La anestesia general no es una técnica para ser empleada descuidadamente.

Los niños que podrían requerir finalmente la anestesia general a fin de tratarlos incluye los muy pequeños (menores de 3 años de edad, con caries extensivas, los paralítico-cerebrales que no pueden controlar adecuadamente sus propios movimientos físicos y los mayores mentalmente impedidos en los que es imposible la restricción física.(1)

CONCLUSIONES

Uno de los factores más importantes para el manejo de la conducta es el conocimiento que el odontólogo debe de adquirir, acerca de la psicología infantil, ya que este debe de tener muy claro que no todas las etapas del desarrollo del niño son iguales, ya que cada una de ellas tiene características que hacen reaccionar al niño de diferente manera ante la experiencia odontológica, y sabiendo esto se facilitara el manejo del paciente.

Otro factor importante es la relación que se desarrolla entre el odontólogo y el paciente, ya que si existe una relación de confianza por parte del niño, el tratamiento dental tendrá éxito y este será menos traumático y un poco más agradable para el niño, y en el futuro este pequeño será un buen paciente ya que no tendrá antecedentes desagradables en cuanto a la experiencia odontológica se refiere.

También es de gran relevancia todo lo que tiene que ver con el ambiente del consultorio ya que si este no es adecuado, aumentara los niveles de ansiedad y por el contrario si este es adecuado se reducirá el nivel de ansiedad y creara un sentimiento de comodidad y familiaridad en el niño

La impresión total en el niño así como en los padres, será el resultado de la información de todos los sentidos . Se incluye vista, olfato, oído y tacto si un consultorio se encuentra limpio, colorido, tranquilo, amigable y con decoración infantil ayudara mucho a reducir la aprensión.

El manejo físico se va a utilizar, si el manejo psicológico no dio los resultados que se querían para llevar a cabo el tratamiento dental, o bien se

puede hacer una combinación de ambos para obtener mejores resultados. dentro de estos podemos usar el control mediante la voz, el decir-mostrar y hacer y la restricción con red, cintas o sabanas.

La medicación previa solo debe de ser utilizada en aquellos casos en los que los niños no responden a ninguno de los dos métodos anteriores, y con la medicación previa también se puede hacer la combinación con alguna de las dos técnicas ya mencionadas.

Esta técnica de control de la conducta no es bueno que se use indiscriminadamente, solo en los casos extremos.

El uso de la anestesia general no es muy recomendada ya que se pone en riesgo la vida del niño, además que su costo es muy elevado ya que este se realiza a nivel hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1- Lewis, W. Ripa. D.D.S M.S.

Manejo de la conducta odontológica de los niños.

Editorial mundi Saic y F.

Argentina 1984.

Capitulos 1, 3 y 5.

2-Ralph, E. Mc. Donald.

Odontología pediatria y del adolescente.

Editorial Panamericana.

Quinta edición. 1975- Argentina.

Capitulo 3

3-Kaban, B. Leonard D.M.D FACS.

Pediatric oral and maxillofacial surgery.

W.B. Suaunder Company.

1990

Capitulo 6

4-Bengt. O. Magnusson.

Odontopediátrica.

Editorial Salvat. 1985

Barcelona España

Capitulo 4

5-Tomas K. Barber, Larrys, Luke.
Odontología pediastra.
Manual moderno.
México D.F 1982
Capitulo 4.

6- J.R. Pinkham B.S D.D.S M.S.
Odontología pediastrica.
Editorial Interamericana
1991 primera edición.
Capitulo 3.

7- Raymond L. Braham.
Odontología pediastrica.
Editorial Panamericana.
Argentina 1984.
Capitulo 4.