



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO.**



Área Académica de
Odontología

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA

**“CONTROL DE CONDUCTA DEL NIÑO EN EL
CONSULTORIO DENTAL ”**

**TESINA PARA SUSTENTAR EXAMEN RECEPCIONAL
DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTA:**

P.C.D. SONIA ALVARADO RODRÍGUEZ.

DIRECTOR DE TESINA:

MTRO. JESÚS ORTÍZ RUÍZ.

COORDIRECTOR DE TESINA:

C.D.E.O. SARA CELINA CONDE PÉREZ.

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, vida y amor para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

Porque Dios es el que en vosotros produce así el querer como el hacer, por su buena voluntad.

Filipenses 2:13

A mi papi.

Por haber creído en mí por darme las fuerzas para seguir adelante y cumplir mis sueños por estar siempre para mí cuando más lo necesito por todo ese amor infinito que me das. Gracias por darme los mejores consejos. Este triunfo te lo dedico porque TE AMO PAPI.

A mi mami.

Por haber llegado a esta meta de mi vida, impulsada por la admiración y el sentimiento inmenso que en mí inspiras, a ti mami por siempre darme tu mano cuando más la necesitaba y por ese apoyo incondicional, gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad. Pero sobre todo gracias por creer en mí TE AMO MAMI.

A mis hermanos.

Silvia y Javi por el amor infinito que me han dado por que siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido. Javi gracias por ser el que siempre me daba ánimos y me hacía sonreír, por ser el que siempre me ayudó a creer en mis sueños y demostrarme que a pesar de que hubo derrotas, la batalla no estaba perdida LOS AMO.

A mis familiares.

Gracias por su apoyo incondicional por todo el amor que me han dado y por estar a mi lado. En especial a mi tía Conchita por estar pendiente de mis proyectos gracias tía la quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros.

Mtro. Jesús Ortíz Ruíz.

Director de esta tesina con todo mi agradecimiento por su valiosa y desinteresada ayuda por haber guiado este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

C.D. Sara Celina Conde Pérez.

Por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Al Honorable Jurado.

Mtra. Carmen Balderas Delgadillo.

Mtra. Verónica Azucena Díaz Montiel.

Mtra. María Sofía Del Pilar Suárez Ortega.

Expongo ante ustedes mi trabajo para su juicio y discernimiento representando para mí la realización de mis anhelos.

ÍNDICE

	PÁG.
AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE	IV
INTRODUCCIÓN	VI
CAPITULO 1 EL NIÑO COMO PACIENTE ODONTOLÓGICO	1
1.1. La primera visita	1
1.1.1. Obtención de información básica e historia de la salud.....	1
1.1.2. Conocimiento mutuo.....	1
1.1.3. Evaluación de la conducta.....	2
1.1.4. Guía para la conducta	2
1.1.5. Fin de la cita	7
1.2. Relaciones interpersonales.	7
1.3. El desafío de atender niños.....	7
1.4. Conducta de los niños	8
1.5. Madurez del niño.....	8
1.6. Desarrollo psicológico del niño	8
1.7. Personalidad.....	10
CAPITULO 2 LOS PADRES	12
2.1. Comportamiento de los padres en el consultorio odontológico	14
2.2. Extremos de comportamiento en los padres	15
2.3. Instrucciones a los padres.....	17
CAPITULO 3 CONTROL DE LA CONDUCTA	19
3.1. Enfoque psicológico	19
3.1.1. Desensibilización.....	19
3.1.2. Modelaje.....	20
3.1.3. Decir-Mostrar-Hacer (DMH).....	20
3.1.4. Refuerzo.....	21
3.1.5. Modulación de voz.....	22
3.1.6. Audioanalgesia	23
3.1.7. Hipnosis.....	23
3.2. Enfoque físico.....	24
3.2.1. Mano sobre la boca: Técnica conocida clásicamente en la literatura anglosajona como hand over mouth	25
3.2.2. Mano sobre boca y nariz	25
3.2.3. Bloques de mordida, abre bocas	25
3.2.4. Control físico por parte del profesional	25
3.2.5. Control físico mediante dispositivos específicos.....	26
3.3. Enfoque farmacológico.....	26
CAPITULO 4 MIEDO Y ANSIEDAD	27
4.1. Factores que determinan cómo reaccionará el niño entre el temor y la ansiedad.....	27
4.2. Expresiones del miedo y ansiedad	27
4.3. Naturaleza del miedo.....	28
4.4. Valor del miedo.....	28
4.5. Tipos de miedo.....	29
4.6. Miedo y crecimiento.....	31

CAPITULO 5 CARACTERÍSTICAS DESEABLES EN EL ODONTOPEDIATRA	32
CAPITULO 6 PERFIL DEL PACIENTE QUE COOPERA Y EL PACIENTE QUE NO COOPERA	35
CAPITULO 7 EL EQUIPO DENTAL	39
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	42

INTRODUCCIÓN

Al siglo XX se le está llamando “el siglo del niño”. ¿Cómo llego a serlo? Comenzó en sus primeros tiempos con las voces que clamaron, a veces suaves, a veces estruendosas, por los derechos de los niños a tener una infancia, educación, hogar, a la salud. ¹⁰

Como su nombre lo indica, la odontología pediátrica es la odontología orientada al tratamiento de los niños, la razón de ser de esta son los problemas dentales y bucofaciales que presentan los niños. El comienzo de la odontología infantil se vincula con el tratamiento de la caries dental. Cuando la odontología se orientaba al tratamiento, la edad era una consideración importante por razones de conducta y por la incapacidad del clínico y del paciente niño para comunicarse. Hoy en día la odontología pediátrica ha tenido un gran auge en estas últimas décadas ya que antes no se le daba la importancia que esta tiene. Por tal razón tenemos que puntualizar que la odontopediatría es un servicio muy necesitado y necesario para la población infantil de nuestro estado en general de todo México y el mundo.

Es necesario recalcar que difiere de la odontología del adulto en tres aspectos principales: atención con el paciente, problemas relacionados con el crecimiento, el desarrollo emocional y físico del niño. Para el cirujano dentista de práctica general y en especial para el odontopediatra se hace necesario reforzar sus conocimientos en un punto muy importante “El manejo del niño en el consultorio dental que es la clave en el tratamiento odontológico de pacientes infantiles”. La conducta o comportamiento de un niño, puede alcanzar un nivel “razonable”, con el propósito que el odontólogo obtenga un óptimo cuidado de su salud dental. Cada odontólogo determina lo que es un comportamiento razonable en sus pacientes y puede ser diferente de lo que otro odontólogo requiere. El nivel de comportamiento que uno lo encuentra aceptable, puede ser intolerable para otro.

Es inconcebible que una persona disfrute de dedicar una cantidad importante del tiempo de su práctica a los niños si no comprende las necesidades emocionales y psicológicas de éstos, así como sus procesos de cambio emocional y maduración social. Se debe tratar al niño de manera diferente que, al adulto, de hecho, los métodos terapéuticos varían mucho según la edad del paciente. Debemos manejar la conducta del niño al 100% para obtener éxito en el tratamiento dental. En los últimos 25 años han llegado a dominarse diversos aspectos en el campo de la odontopediatría. Es muy importante la cooperación total de los padres. En cierta medida la prevención se ha vuelto un asunto importante en nuestro país de igual manera nos ayuda a introducir al niño al campo odontológico con tratamientos sencillos y así nosotros desde un principio darle las bases correctas para tener una conducta adecuada. De igual manera el control del dolor y la ansiedad recibieron énfasis considerable en la odontología general y odontopediatría estos últimos 25 años.

Hoy más que nunca debemos considerar el control de la conducta. El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño. Para lograr un buen entendimiento es importante conocer los fundamentos básicos del desarrollo emocional del paciente, así como las características de cada una de las etapas del desarrollo desde el nacimiento hasta la edad adulta. Esto nos permitirá determinar qué tipo de comportamiento esperar, así como diferenciar si las características del paciente se ajustan a las de su edad.

CAPITULO 1

EL NIÑO COMO PACIENTE ODONTOLÓGICO

1.1. La primera visita: Durante la primera visita la madre siempre deberá estar en la sala de operaciones. Hace varios años Frank demostró en un estudio realizado cuidadosamente que los niños de menos 50 meses de edad se beneficiaban con la presencia de la madre en la sala de operaciones durante el tratamiento dental. Los niños de más de 50 meses de edad no mostraban diferencias en el comportamiento, estuviera o no presente la madre en la sala de operaciones. Si la madre puede estar con el niño sin transmitirle sus sentimientos, no existe razón para que no sea admitida en la sala de operaciones. Esto supone que los niños deben estar bien centrados.

La conducción de la primera visita de un niño puede crear un buen “rapport” entre los padres y el personal del consultorio, brindar apoyo para el periodo de la consulta. La relación entre el odontólogo y el padre está basada sobre la confianza provocada inicialmente por una recepcionista informada de los posibles comportamientos de los padres y niños. En la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros. Se obtiene su historial clínico, se instruye sobre el cepillado, toman radiografías y se explica todo el tratamiento a realizar de acuerdo a las necesidades del paciente. Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario algún tratamiento de urgencia.

1.1.1. Obtención de información básica e historia de la salud: Mientras los padres y la recepcionista están sentados cómodamente en una zona privada de la oficina, ésta debe complementar la información básica y los formularios con la historia de la salud, de manera eficiente y cortés. Todos los miembros del personal deben entender que el registro exacto de las historias médica y odontológica del niño son esenciales para un análisis del estado de salud con referencia a la atención bucal. En este momento, el padre debe leer y firmar el formulario dando su consentimiento para el tratamiento. Ciertos problemas potenciales en el manejo del niño, relacionados con actitudes de temor o desafiantes, pueden ser muy aliviados por el diálogo inicial de la recepcionista y el manejo eficiente del padre. La identificación del grado de temor de los padres a la odontología puede ayudar al odontólogo y a su personal a prepararse para las reacciones del niño a los procedimientos odontológicos.

1.1.2. Conocimiento mutuo: Cuando el odontólogo está disponible. El padre y el niño son acompañados a una zona privada con un ambiente no clínico para que lo conozcan a él y a la higienista. Habitualmente el consultorio del odontólogo es utilizado para este encuentro de conocimiento. Después de los saludos, el odontólogo repasa la historia médica e investiga los trastornos conocidos o sospechados, las prácticas inapropiadas de la salud que pudieran existir. La orientación correcta de la conducta del niño y el padre es la clave para examinar los tejidos bucales de un niño. El manejo adecuado en este momento de la visita al consultorio promueve la aceptación de los procedimientos odontológicos y ayuda a prevenir o minimizar el desarrollo de problemas de conducta.

1.1.3. Evaluación de la conducta: La higienista o la asistente anotan en la ficha una concisa evaluación de las acciones y respuestas del niño a la instrucción y a los procedimientos. Estas anotaciones serán valiosas para programar el tiempo de sillón requerido para completar el plan de tratamiento indicado. Para que el odontólogo y el personal del consultorio evalúen en forma adecuada la conducta, es importante que conozcan los objetivos del manejo del niño y los criterios para evaluar la orientación de la conducta durante la atención odontológica. Estos objetivos incluyen:

1. Hacer que el niño se sienta cómodo.
2. Liberarlo del dolor.
3. Realizar los procedimientos con seguridad.
4. Llevarlos a cabo eficientemente.
5. Hacer que el niño y el padre los acepten.

El odontólogo y el personal pueden utilizar la siguiente guía para juzgar su propia competencia en el manejo de los niños:

1. Buena técnica vocal. Queda demostrada por un buen control de la voz y tono modulado.
2. Procedimientos de aclimatación eficaces “mostrar y decir” bien empleado, el niño se siente cómodo.
3. Aplicación apropiada de la firmeza. El odontólogo es firme en el momento y grado correcto.
4. Conciencia de las preocupaciones del niño se dedica atención a las preocupaciones del niño, el personal muestra apropiada actitud amistosa.
5. Comunicación. La relación se logra por la capacidad del personal para obtener de parte del niño las apropiadas respuestas verbales, visuales o físicas.
6. Refuerzo. La conducta apropiada es recompensada.
7. Enfoque positivo. El odontólogo y su personal muestran confianza y decisión.
8. Comentarios y preguntas lógicas. Todo el personal parece decir siempre lo que corresponde.
9. Confianza. Los comentarios son honestos, directos y bien expresados.
10. Tiempo amplio. La buena planificación es evidente y hay tiempo amplio para los procedimientos.
11. Eficacia del tratamiento. Se realiza una excelente cantidad de tratamiento, considerando la conducta del niño.
12. Medicación. Es usada con conocimiento y discreción.
13. Reacción positiva. Al completar los procedimientos odontológicos, la reacción del niño es positiva y no teme indebidamente a la odontología.¹³

1.1.4. Guía para la conducta: Hay un acuerdo general en que la guía correcta de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es fundamental para una atención completa. Weinstein y asociados han demostrado que los odontólogos reaccionan a menudo a la conducta temerosa de un niño en forma contraproducente. La coerción, los halagos y los comentarios negativos de parte del odontólogo demostraron acentuar la conducta negativa, mientras que guiar al niño hacia un comportamiento deseable palmeándolo y haciéndole preguntas sobre sus sentimientos aumenta mucho la probabilidad de reducir la conducta

temerosa. Pinkham enfatiza que el odontólogo que trata niños debe perfeccionarse en la observación y análisis de la conducta infantil. El desarrollo de esas capacidades aumenta con la experiencia, la habilidad para evaluar los aspectos no verbales de la comunicación, un conocimiento de los miedos y ansiedades de los niños por la situación odontológica y un conocimiento de los aspectos sociales, culturales y personales de la conducta infantil. El odontólogo que puede integrar la información obtenida de la conducta observada del niño con la información personal, social e histórica adquirida de los padres, puede predecir de manera más exacta determinada conducta y elegir después el método mejor para manejarla durante la experiencia clínica.

A pesar de un conocimiento a menudo limitado de psicología infantil, los odontólogos, en general, se entienden bien con los niños y pueden tratarlos con el mismo grado de eficacia como pacientes adultos. El verdadero niño problema en el consultorio es la excepción. Sin embargo, nos será más fácil encontrar la aceptación hacia cada niño sabiendo que un problema de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticado y resuelto rápidamente. Esa aceptación se producirá solo como resultado del permanente estudio e investigación en el campo de la psicología infantil en cuanto se relaciona con la práctica odontológica. Pocos padres comprenden la difícil posición del odontólogo presentando a un niño temeroso, ansioso o verdaderamente resistente al examen inicial y a los procedimientos dentales. Solo raramente el dentista comprende el desarrollo psicológico del niño pequeño, sabe algo de la preparación que los padres han hecho para la primera visita de su hijo o si ha existido una experiencia previa desafortunada, no obstante, los padres esperan que se dominen todas las situaciones y brinden un servicio de salud para su hijo, al margen de la reacción de éste.¹²

Aunque la función primaria del dentista es efectuar la necesaria atención odontológica preventiva, su campo no debe estar limitado a la eficiencia técnica. El tratamiento dental es una experiencia que el niño debe tratar de aceptar. Los niños que han aprendido su papel como pacientes muestran alguna flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede a su alrededor. Tienen capacidad para confiar, responderle y demostrar confianza en su habilidad para satisfacer las exigencias de la situación. La relación entre el odontólogo y el padre está basada sobre la confianza provocada inicialmente por una recepcionista informada de los posibles comportamientos de padres y niños.¹²

Para el análisis de las diferentes etapas se sigue la escuela de desarrollo psicomotor de Arnold Gessel:

- Primera infancia: hasta los dos años.
- Niñez temprana: de dos a cuatro años.
- Preescolar: de cuatro a seis años.
- Escolar: de seis a nueve años.
- Preadolescente: de nueve a doce años.
- Adolescente: de doce años a la edad adulta.

Primera infancia (hasta los dos años): Está establecido que la actividad psíquica de la persona se inicia en su gestación. Los estudios electromiográficos de Gessel y Rascovsky demostraron que los nueve meses de vida intrauterina son de gran

contenido psicológico. El período o etapa oral se inicia al nacimiento y se extiende hasta los dos años y medio. Esta experiencia es muy importante para el niño, que pasa del llamado estado de Nirvana, o tipo paradisíaco de vida, en el cual tiene el máximo confort, a un ambiente que de pronto le pueda ser hostil. Experimenta sensaciones desagradables ante la necesidad de desarrollar por sí mismo funciones que aseguren su supervivencia. En esta etapa la boca y la zona peri bucal son el centro más activo de sensibilidad. El niño satisface por la boca su necesidad de alimentación y afecto, de modo que es normal que lleve todos los objetos a esa zona. “El mundo le entra a través de la boca”. El infante depende de su madre para el cuidado y la protección; está fuertemente unido a ella. Actualmente, la odontopediatría, tiene una función de suma importancia ya que empieza desde el embarazo con recomendaciones a la madre, programa y realiza sus acciones desde el nacimiento. Se debe tener en cuenta que el medio odontológico resulta amenazante y extraño para el niño, por lo que la reacción normal es la resistencia. Aún no tiene coordinación suficiente para obedecer órdenes y dada su gran dependencia respecto de sus padres, la asistencia debe brindarse en los brazos de ellos. El odontólogo debe cuidar de no romper esos lazos emocionales y antes bien, aprovecharlos para acercarse a su pequeño paciente. Debe proceder en forma positiva, si bien cariñosa y comprensiva, sin preocuparse por la resistencia o el llanto que se presentan en algunos pacientes ya que son normales a esta edad.

Niñez temprana (de dos a cuatro años): En esta etapa el niño comienza a desarrollar cierta independencia. Entre los tres años y los tres y medio se produce el denominado destete emocional, por lo cual el niño, por períodos breves, puede permanecer separado de sus padres. En un ambiente extraño o en una situación tensa, el comportamiento del niño puede regresar al correspondiente a uno de dos años. El miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los dos y tres años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños. Jersild y Holmes exponen que el promedio de temores a los tres años de edad es de 5.5% mientras que a los 6 años de edad ha disminuido a 3.2%.

La disminución de temores puede deberse a:

- a) darse cuenta de que no hay nada que temer.
- b) presiones sociales que le fuercen a ocultar su miedo.
- c) imitación social.
- d) guía por parte de adultos.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes del peligro y mostrarse más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo, aventurero y actitudes amistosas. Las niñas, por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

El miedo al daño se asocia a menudo con odontología porque el niño ha aprendido que el dentista puede dañarle. A esta edad tiene temor a las heridas corporales, por lo que se debe ser especialmente cuidadoso en el vocabulario que se utiliza, evitando palabras como “dolor” o “pinchar”. Debemos utilizar

eufemismos. A los cuatro años de edad se llega a la cumbre de los temores y de cuatro a seis años disminuyen gradualmente los temores antiguos como al caerse, al ruido y a los extraños. Las consultas deben ser muy breves, por que el paciente no puede estar atento ni permanecer quieto por períodos largos. Entra al consultorio con sus padres y acepta sentarse solo, pero la mamá o el papá deben permanecer cerca y muy raras veces darle la mano. Responde a órdenes sencillas, siempre que se le den una por vez. No distingue la fantasía de la realidad, lo cual obliga a explicarle que en el consultorio nada es mágico y todo es manejado por el profesional. Mientras que a los dos años el niño todo lo quiere hacer “yo solo”, a los tres años trata de colaborar, acepta sugerencias y es muy importante para él la aprobación del adulto. Se debe elogiar su comportamiento positivo por pequeño que éste sea. Durante la consulta no debe dejarse instrumental a su alcance. Hay que recordar que este grupo está en “la edad de los porqués” y que debe responderse a sus consultas en un lenguaje sencillo y directo.

Preescolar (cuatro a seis años): En esta etapa se da un gran “salto” hacia la independencia. El niño se expresa mediante frases completas, de construcción similar a la del adulto. Es habilidoso, literal, realista y concreto. La mutua acción entre el niño y los padres, a esta edad, influye intensamente en su personalidad y en su patrón de conducta en los años siguientes. El niño de cuatro años es exagerado y charlatán.

La mayoría de los niños de cinco años desean ser libres y separarse de sus padres, pero no demasiado. En la consulta se relacionan bien con el ambiente, pero si se les exige demasiado pueden reaccionar con arranques de resistencia o sensibilidad, es reservado, más equilibrado y dueño de sí. El de seis es contradictorio su respuesta inicial es “no”, pero con tacto y sutileza se puede revertir la situación. No se le debe presionar ni ordenar, porque se descompensa emocionalmente. Se debe sugerir y no ponerle límites, hasta cerciorarse de que la introducción fue adecuada. De los cuatro a seis años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de protección. Cuando el niño llega a edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. Los niños de este grupo tocan, manipulan y exploran todo. Son muy perceptivos y se dan cuenta si el profesional pierde la calma, con lo que se puede perder todo lo logrado. Necesitan elogios. Su habilidad para el cepillado mejora con su maduración psicomotriz.

Escolar (de los seis a los nueve años): A los siete el niño es diferente de lo que era a los cinco, ha aprendido mucho y su “mundo” se ha ampliado considerablemente. Es una edad de asimilación. Es reflexivo, buen oyente, introvertido, muy susceptible al elogio y sensible a la desaprobación. Necesita mucho apoyo del ambiente. En la consulta, en general, prefiere estar solo con el odontólogo, lo que permite establecer una mejor relación, si la madre no interfiere. Después de los seis años, el niño puede distinguir entre procedimientos

amenazantes y no. La mayor diferencia entre el preescolar y el niño de siete u ocho años es la capacidad de este para aceptar al odontólogo como autoridad y la posibilidad de obtener su cooperación, aún sin su gusto y sin forzarlo. Puede permanecer en la misma posición por periodos más prolongados. Ante situaciones difíciles se retrae, porque carece de confianza. Debe estimularse el desarrollo de la fe en sí mismo y sus aptitudes durante la consulta odontológica, a los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente, está en la edad de preocupaciones, pero enfrenta los miedos reales. El niño de esta edad puede, generalmente, puede resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, por que el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales. A la edad de ocho años es un período de expansión. En ella el niño es menos reflexivo que a los siete, comprende mejor a los demás. No le gustan las órdenes, prefiere sugerencias; es muy sensible a las críticas y se ofende con facilidad. El niño de nueve años tiene mayor dominio de sí mismo y es más autosuficiente, lo que modifica sus relaciones con la escuela, los amigos y la familia. Tiene automotivación; no necesita tanto apoyo del adulto para aplicarse a las actividades. Es bien organizado, da la impresión de ser sólido, serio, es quejumbroso y a veces tímido.

Acude solo a la consulta y puede esperar si es necesario. Es responsable y le gusta que lo traten como adulto, que confíen en él y le agrada el elogio oportuno.

Preadolescente (de nueve a doce años): De ocho años, el niño ha aprendido a tolerar desagradables situaciones y muestra marcados deseos de ser obediente. Desarrolla considerable control emocional. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo forcen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio. El chico de diez años está en equilibrio consigo mismo y con el ambiente. Se percata más fácilmente de lo que está bien o mal. Se interesa por los problemas sociales y los comprende. Le encantan los picnics y las comidas fuera de horario. Puede tener arranques de ira o arrebatos de felicidad, pero pronto recupera el equilibrio. Tiene franca resistencia al baño diario y por extensión al cepillado bucal. El de once años es negativo, contradictorio y curioso. Su rebeldía no es más que una necesidad de reafirmar su personalidad. El de doce años es más razonable, controlado y actúa en grupo, es realista, tolerante y humorista, es sensible hacia los sentimientos de su prójimo, diplomático y muestra tacto. Se preocupa por su higiene bucal. En el consultorio es excelente paciente; ya no es un niño y no debe ser tratado como tal. Es responsable; admite que no se está cepillando con la frecuencia necesaria cuando se le plantea, sin embargo, come a toda hora, descuidando el cepillado, lo que pone en riesgo su salud bucal en una etapa especialmente crítica de la vida. Si se le hace notar responde en forma positiva.

Adolescente (de doce años a la edad adulta): Respetando las características generales del adolescente sus variables biológicas y emocionales, es claro que su atención le compete al odontopediatra, máxime si ha sido su paciente desde niño. Los adolescentes, especialmente las mujeres, empiezan a preocuparse por su

aspecto. A todas les gustaría ser lo más atractivas posible, están dispuestas a cooperar para satisfacer su ego.¹⁰

1.1.5. Fin de la cita: Antes de despedir al niño, el dentista debe explicar brevemente a la madre el tratamiento requerido. Si se necesitan restauraciones es preciso indicarlo. La higiene bucal forma parte del plan preventivo. Será conveniente solicitar que el niño acuda con su cepillo a la siguiente visita, con el propósito de evaluar cómo se cepille y hacer las correcciones adecuadas para que tenga el cepillado correcto. Para terminar, deben darse ciertas indicaciones a los padres sobre la posible duración del tratamiento; los padres pueden desilusionarse si esperan llevar al niño para dos o tres visitas y después se requieran más. Se les debe explicar con claridad el plan de acción.¹³

1.2. Relaciones interpersonales: Existe gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al dentista. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y por lo general, serán buenos pacientes. Las actitudes de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde. En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él. No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por sí solos si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales a través de ellos. Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro. Frecuentemente los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar mucho tiempo. No hace falta ser perfecto para ser un buen padre. Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado. Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se le desea. La confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en qué punto sus actos pueden crearle problemas. Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños, a menudo se convierten hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consciente y cariñosa es muy preferible a la rígida, inconsciente.⁸

1.3. El desafío de atender niños: Uno de los principales requisitos para el éxito al tratamiento es que el paciente esté confiado y relajado en el sillón dental. Sin embargo, muchas personas se sienten inquietas o incluso asustadas al visitar al odontólogo, asocian a menudo esa escena con experiencias dentales desagradables durante su niñez. El odontólogo que atiende niños puede poner los

cimientos de una actitud futura ante los tratamientos dentales ya sea con confianza o con temor y ansiedad. La niñez implica aprendizaje. El entrenamiento en cuanto a la tolerancia y a enfrentar el estrés son parte del crecimiento. En cierto modo el odontólogo puede ser considerado como un maestro del paciente para que forme buenos hábitos. La atención de niños es un desafío interminable para el odontólogo ya que cada una y cada situación es única. En cuanto más conocimiento y experiencia se posea más probable será hacer lo correcto.

1.4. Conducta de los niños: Experiencias generales. El comportamiento de los niños en el consultorio odontológico depende de una cantidad de factores que también interactúan entre sí niño-padres-odontólogo. Por lo general es de gran importancia la experiencia del niño con los que lo rodean en la vida cotidiana. Sentirse seguro y confiar en las personas les sirve como base para relacionarse con ellas. Esta confianza también se puede aplicar a la situación odontológica.¹

Las experiencias dolorosas por tratamiento médico u odontológico pueden ser un serio obstáculo para la futura cooperación del niño. Por consiguiente, el tratamiento debe efectuarse en la forma más indolora posible. El óptimo control del dolor es la palabra clave para un buen profesionalismo. Hay que tomar en cuenta que el nivel de tolerancia al dolor varía tanto en niños como en adultos.

1.5. Madurez del niño: Los niños pequeños, por lo general los menores de cuatro años, no pueden distinguir entre peligro imaginario y el real. A menudo reaccionan de manera primitiva amedrentados, por movimientos inesperados y súbitos, luz brillante u objetos filosos ó puntiagudos. Por lo tanto, todo niño debe ser tratado de acuerdo con su nivel de madurez. Los niños pequeños también temen ser dejados solos, necesitan la seguridad de un adulto, en particular de personas que conocen y confían. Por esa razón se recomienda que los acompañe la madre, el padre o algún otro pariente cercano. A medida que éste adquiere experiencia, aumenta también la capacidad de dominar cosas y situaciones nuevas.¹¹

1.6. Desarrollo psicológico del niño: Características generales de los niños en las diferentes edades. A pesar de que el comportamiento del niño se relaciona en forma más íntima con su desarrollo mental pueden señalarse ciertas características típicas vinculadas con la edad cronológica.

Al año de edad, aumentan las capacidades motoras, aprende a andar, se sienta y se levanta solo. Coge objetos y deja caerlos deliberadamente, da palmadas, hace señales de despedida, colabora al vestirlo, utiliza un lenguaje simbólico (habilidad para producir sonidos o gestos que son reproducibles), balbucea una o dos palabras, empieza a mostrar signos de independencia. Realizar el tratamiento lo más rápidamente posible, ya que la comunicación es difícil, si no imposible. El niño de un año y medio presenta un genio muy vivo, no le gusta esperar, muy rara vez obedece a una orden verbal, a menudo aparecen rabietas y negativismo. "No" es la palabra favorita del niño, se desarrolla el sentido de su propia estima. Inicio del control de esfínteres. Pide cosas señalando e imita actividades que ha observado en otras personas. En el tratamiento dental, dar órdenes y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles.

En el niño de dos años, hay aumento de desarrollo motor. Sube escaleras con apoyo, corre y salta, se sienta solo en una silla, hace garabatos, presenta un marcado desarrollo del lenguaje, la amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras, construye frases de 2 palabras, puede esperar períodos cortos y tolerar, si es necesario, alguna frustración temporal. Algunas veces le gusta complacer a otros, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Edad adecuada para su comportamiento, realiza dos órdenes sencillas. El niño de dos años y medio, tiene cambios significativos respecto a la etapa de los dos años, se vuelve rígido e inflexible, quiere todo y tal como lo espera. Se muestra muy dominante y exigente, expresa emociones de forma violenta. Resulta difícil comunicarse con él, construye frases cortas, a pesar de que entiende y asimila las más complejas. Para el tratamiento dental facilitar cualquier rutina y evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas. Comunicarse con el niño a través de sus sentidos.

A los tres años de edad, todavía es a menudo desconfiado con los extraños, pero el proceso de socialización ya ha comenzado, desea imitar y satisfacer, con límites razonables, le gusta tanto dar como quitar, quiere crecer y a la vez continuar siendo niño, le gusta hacer amigos, le encantan las nuevas palabras, se muestra muy susceptible al elogio. Es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. La percepción del tiempo y la paciencia del niño son limitadas, deben ser consideradas al planificar el tratamiento, aplicar técnicas fluidas dando órdenes sencillas y alabar toda conducta positiva.

En el niño de tres años y medio, su conducta empieza a cambiar, puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: en el tartamudeo, el caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz, tics faciales o sacudidas y aumento de la succión del pulgar. Sigue sensible a las alabanzas. El niño necesita gran comprensión, paciencia y afecto.

A los cuatro años de edad ha adquirido cierto grado de autoconfianza e independencia y puede estar sin la presencia de uno de sus progenitores en el consultorio dental, tiene gran capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta, pega, pateo y rompe cosas en accesos de ira, incluso puede escaparse, es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo y chocante, construye frases de 4 palabras y la comprensión del lenguaje ya es del 100%, puede responder al llamarlo por su nombre. Otras características que pueden ser usadas para facilitar el manejo del niño son su curiosidad y gran imaginación. Muestra una independencia suficiente para admitir la separación de los padres relativamente sin traumas.

El niño de cuatro años y medio empieza a calmarse, nivelando su conducta; así se puede razonar con él. Le gusta discutir, presenta un enorme interés en los detalles y quiere que se le muestren cosas. Disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos. Para el tratamiento dental es necesario continua firmeza, pero se pueden utilizar más los razonamientos.

A los cinco años de edad está en el período preescolar más armonioso y por consiguiente es un paciente dental muy adaptable. El pequeño es muy sensible a los elogios y la adulación, está desarrollando movimientos motores finos, aunque no es capaz de aprender cómo usar en forma correcta una técnica de cepillado. Además, se considera una buena edad para las visitas dentales; el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado, no es demasiado exigente. La madre es el centro del mundo, le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla. Para el tratamiento dental es necesario utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios.

El niño de seis años está en un período escolar más armonioso, ya que a menudo es aprensivo y puede tener arranques de mal humor, tiene un lenguaje definitivamente fijado, está cambiando; predominio de rabietas violentas y de constantes cúspides de tensión. No se puede adaptar, los demás se deben adaptar a él, no puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, además requiere muchos elogios. Se muestra como un cobarde agresivo por ello presenta temores exagerados a lesiones en el cuerpo. Está en la etapa de transición hacia el pensamiento lógico. Para el tratamiento dental se necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

Los niños de siete años son muy caprichosos y de gran exigencia consigo mismo, necesita comprensión, cree que la gente está en contra de él, que no se le quiere y que los padres son injustos. Desea aprobación y por ello tratará de cooperar.

Los niños de ocho años son en general sensibles, razonables a menudo son categóricos y rígidos, las cosas sólo son buenas o malas, hay gran desarrollo intelectual. Es expansivo y rápido, le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna, es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.

El período desde los nueve años hasta la prepubertad y la pubertad es armonioso y activo. Es receptivo ante las ideas y puntos de vista de los adultos, es un muy buen momento para que empiece a tomar responsabilidad por sus procedimientos de higiene oral.

El niño a los diez años de edad es amistoso, positivista e íntegro, flexible, sincero y muy obediente. Generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general, se trata de una edad de equilibrio predecible y cómodo. Debemos ser comprensivos, permitir que el niño se responsabilice de su conducta. Adolescentes entran con facilidad en conflicto con el mundo de los adultos, lo cual puede afectar la relación con el odontólogo, dado que este período se caracteriza muchas veces por inseguridad, sensibilidad ante las críticas y los reproches en la situación odontológica el adolescente debe ser considerado en todo lo demás como un adulto.³

1.7. Personalidad: Cada niño tiene su propia personalidad a pesar de que algunas características y rasgos pueden ser menos estables, más bien representan un estadio del desarrollo. El niño vigoroso y robusto, el delicado y vulnerable. El niño robusto parece infatigable, es arriesgado y ansía nuevos

descubrimientos. No se desequilibran con facilidad y poseen a menudo cierta autoestima, el tratar a estos niños es fácil. Lo opuesto del niño delicado y cauto, que cede con facilidad, parece pesimista acerca de su propia capacidad para enfrentar el estrés y las situaciones nuevas, en casos extremos estos niños parecen vulnerables y débiles, por lo general son ansiosos y pueden reaccionar ante el estrés con malestar, dolor de estómago e incluso vómitos, su tolerancia al dolor por lo general es baja, con estos niños es necesario tener especial trato y paciencia. Hay que trabajar con eficiencia ya que estos niños se cansan rápido. El niño estable y el que se afecta con facilidad. El niño emocionalmente estable se comporta con calma y placidez. El tipo opuesto parece con menos disciplina emocional, es impulsivo y puede caer en risas o lágrimas fingidas. Estos niños pueden tener una viva imaginación y ser tiránicos, al enfrentar el estrés pueden perder el control y gritar con histeria, precisan ser calmados, reasegurados, pero también es necesario abordarlos con firmeza y determinación. El niño expresivo, de fácil relación, el reservado y retraído. Mientras que algunos niños son abiertos, cálidos y naturales en su relación con otras personas, con otras es más difícil lograr un acercamiento. Para acercarse a ellos hace falta tiempo, paciencia y mucha amabilidad, además su conducta es gobernada, en general, más por su experiencia en relaciones interpersonales y por la forma en que son abordados en la situación odontológica, que por rasgos de personalidad.

CAPITULO 2

LOS PADRES

Todo hogar tiene sus propias reglas, a veces no verbales, con patrones de comunicación actitudes y tradiciones singulares que se imponen en forma continúa al niño, quien aprende observando e imitando a las personas que lo rodean. Por eso, no sorprende que las actitudes familiares, sobre todo las de la madre, tengan influencia sobre el comportamiento de éste. La ansiedad ante una situación dental en un paciente sin experiencia se relaciona íntimamente con la de su madre, ésta con autoestima, confianza y sensibilidad que interviene en forma activa en su hogar para promover la independencia y la sociabilidad de su hijo. En cambio, la madre que carece de confianza en sí misma, es permisiva, se fastidia con facilidad, es insegura, duda en poner límites y así evita restricciones. Es el tipo que a menudo, tiene hijos con problemas de cooperación. Cuando éste llega a edad escolar también los maestros les sirven de ejemplo. Los modelos negativos pueden darse en forma de compañeritos que disfrutan en perturbar al pequeño paciente. La conducta en el consultorio odontológico refleja la relación entre hijo/a y padres. La buena relación se caracteriza por el equilibrio entre las necesidades respectivas del niño y sus padres, las necesidades básicas de un niño, que a la vez constituyen elementos para la crianza afecto, aprobación y autoridad. Para el desarrollo emocional armónico, es fundamental que éste reciba afecto y amor. En raras ocasiones es rechazado por perturbación emocional de la madre, el resultado puede ser una alteración emocional para toda la vida, él presenta problemas para el odontólogo. Para que el niño desarrolle su autoconfianza y autoestima es necesario que consiga aprobación. Esta necesidad de aliento y de apoyo en general es satisfecha, ya que la mayoría de los padres están orgullosos de sus hijos. El uso de autoridad es tal vez la parte más difícil en la crianza de un niño, su tolerancia a la frustración, enseñarle a enfrentar el temor y el estrés. Autoridad significa servir como modelo, dar buen ejemplo y hacerlo.

Por lo general se desarrolla una buena relación padres-dentista sin ningún esfuerzo especial. Sin embargo, a veces los padres necesitan asesoramiento e instrucción sobre la forma en que mejor pueden contribuir al tratamiento del niño. Sin embargo, algunos, en su afán por dar al niño todo lo mejor de la vida, se tornan demasiado preocupados, demasiados protectores y por consiguiente no desean exigirle nada. Es necesario aconsejarlos acerca de exigencias adecuadas y específicas. Si son presentadas con comprensión y confianza por el dentista, los padres a menudo le están agradecidos. Sin embargo, algunos son abiertamente hostiles, se niegan a aceptar cualquier tipo de exigencia sobre sus hijos; aconsejar a éstos puede ser difícil, exige mucho tacto y diplomacia. En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites estrechos; no puede evitarse. El comportamiento, consecuencia del medio, sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que éste crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que uno se encuentra.

Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente, que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Cuidados dentales pueden ser una de sus necesidades físicas, el que estos acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna. Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan solo podrá contar con ésta si comprende el tipo emocional de ellos y de sus padres. El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, 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. El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, 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 los servicios dentales es responsabilidad de los padres, de igual manera 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. Antes de que el dentista esté en posición de aconsejarlos sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen, debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidad y cómo se desarrollan ansiedades.

Debe también tener diplomacia, tacto para transmitirles esta información de manera profesional y adecuada. Si el dentista puede aconsejarlos clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez; estos siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas que ofrece la vida, aun cuando ellos no las hayan tenido en su niñez. La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente, proporcionará una de estas ventajas esenciales, porque puede decidir que tenga éxito o no.⁹ 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 odontólogo, que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo, pocas veces dan consejos a los padres sobre comportamiento infantil. Ha llegado la hora de que él profesional actual tome conciencia de todas sus responsabilidades. Los padres, a su vez, aplicarán estos conocimientos a sus hijos, quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional. Estos conocimientos ayudarán tanto al niño como al odontólogo. Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración, se encuentran generalmente latentes y escondidos; sin embargo, existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales, estas son responsables de que un sector de nuestra población las evite.¹¹

2.1. Comportamiento de los padres en el consultorio odontológico: Padres (familia): Pueden tener una actitud adecuada a las situaciones, de lo contrario adoptar posiciones que deben ser corregidas por parte del profesional que tiene a su cargo la atención odontológica, pues para lograr el tipo de paciente propuesto tiene también que estar acorde la constelación familiar. Existe un gran número de influencias personales que pueden alterar el patrón de conducta de cada niño. En estas relaciones interpersonales son primordiales las actitudes de los padres, ya que son de mayor fuerza en la determinación del comportamiento emocional del niño.

Para su análisis, las distintas actitudes paternas pueden dividirse:

Despreocupantes: Por lo general no se ocupan directamente de la salud de sus hijos y tampoco de su salud bucal, en general alteran e imposibilitan la introducción al tratamiento, la elaboración de una historia clínica, al no poder hacer el interrogatorio correspondiente. Además, distorsionan la conducta del profesional, al no tener el apoyo adecuado. No sólo está alterada la salud bucal, sino que también existe una anormalidad de conducta del niño. Por lo general se trata de pacientes inseguros, con grandes resentimientos y que no quieren cooperar; esto se debe contrarrestar con amistad y comprensión, enseñándoles que en condiciones de buen comportamiento el tratamiento les resultará mucho más grato.

Distrayentes: Buscan distraer de sus hijos por medios que lo alejan de la realidad. Sus engaños descontrolan la colaboración del niño y restan autoridad al profesional. Deben ser retirados de la presencia de su hijo, pues su conducta perjudica más que ayudar.

Lastimosos: Estos padres vienen a la consulta convencidos de que sus hijos van a sufrir, se quejan más que ellos y a cada momento hacen sentir su temor al padecimiento del niño, aumentan exageradamente los estímulos fóbigenos que pueden generarse en la consulta y descontrolan por completo la situación.

Regañones: Estos padres vienen a la consulta para que se les solucione el problema que les supone tener que soportar a sus hijos con dolor en su casa, los traen a la fuerza, generalmente bajo amenazas, evidentemente aumenta la ansiedad y los temores que el niño pueda tener.

Protectores: Descontrolan la situación odontológica si permanecen al lado de sus hijos, porque ordenan al mismo tiempo que el profesional confundiendo al niño. Puede recurrir al engaño para mejorar la actitud del paciente, desplazando al odontólogo en el dominio de la situación, lo que provoca desconfianza del niño hacia el profesional.^{7,8}

Cooperadores: Este tipo de padres presentan las siguientes cualidades: Colaboran en la realización del plan de tratamiento en el consultorio y en el hogar, acercan al niño al profesional como a un amigo, lo dejan entrar solo al consultorio si es necesario, permiten que el odontólogo le explique lo que le va hacer, no lo engañan, ni lo sobornan para traerlo a consulta, no se inquietan si llora su hijo,

recuerdan que el llanto es una forma de reaccionar ante situaciones desconocidas, no le hablan al niño de su “miedo” al dentista, no lo amenazan con el tratamiento, respetan el temor de éste, sin retarlo ni ridiculizarlo, ni le hacen sentir que tienen compasión por él.

2.2. Extremos de comportamiento en los padres: Entre los extremos de comportamiento que los padres muestran hacia sus hijos podemos mencionar los siguientes:

Protección excesiva. Todo niño necesita amor y afecto. Generalmente, el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismos. Se le presta ayuda en cada tarea, incluso mínima, que trate de hacer. La madre ayuda le a vestirse y alimentarse, toma parte activa en sus actividades sociales, juegos y trabajo se ven restringidos por miedo al daño físico. Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva, los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos, estos no son agresivos, carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad atemorizados, con ansiedades profundas. Como puede imaginarse, éstos constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes, educados y reaccionan a la disciplina. Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño pueden tratar de usar encanto y persuasión, incluso forzarle, para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; si esto falla, hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse, incluso con fuerza física. Son niños muy mimados, aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. Es conveniente que el dentista tenga en cuenta al aconsejar a padres de niños mimados, que estos consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá mucho tacto.

Rechazo: Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados. Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados.

Puesto que éste no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. En el consultorio dental, este puede ser difícil de manejar. En muchos casos, éste se porta mal para atraer la atención, aún así deberá recibir la atención deseada, es necesario enseñarle que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

Ansiedad excesiva: Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva, por parte de los padres hacia el niño, como resultado de alguna tragedia familiar

anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con excesos de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, este generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

Dominación: Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No lo aceptan como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, obligan al niño y son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

Identidad: En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si éste no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Lloro con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Al considerar las actitudes de los padres se considera que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que estos se ajusten a los patrones culturales actuales. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. A causa del miedo que pueda experimentar ningún niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía. El consultorio es una experiencia nueva para el niño. Por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo un padre o una madre puede dar. Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento éste.

La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia, puede influir en el patrón de comportamiento del niño. Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos, que forman la personalidad éste. Entre estos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento y moralidad. Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de la personalidad. Pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido. Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos. Un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, donde se busca continuamente la felicidad, donde la sociabilidad recibe énfasis. Pero el hogar es,

sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino éste con su medio social. Se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio el odontólogo sabe mejor cómo prepararlo emocionalmente para el tratamiento necesario.

Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres infunde confianza en éste, especialmente si tiene menos de cuatro años de edad. Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentista o al paciente, a menos que aquel se lo pida, ni deberá tomar al paciente de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada.

No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la madre está comunicando información falsa a éste, o que le está transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencias llevará a desconfiar del dentista y también creará temor a los procedimientos dentales.

2.3. Instrucciones a los padres: Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que estos aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres, será de gran consuelo que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traerlo al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo.

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

1. Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente de su hijo. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, sin darle mucha importancia, que es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.
2. Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3. Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al dentista para que se acostumbre al consultorio y empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que éste se sienta que acaba de hacer un amigo.
4. Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.
5. Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto. Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve al desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales. Existen razones definidas para explicar las actitudes extremadas que ciertos padres toman con sus hijos. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero sin darse cuenta de sus sentimientos hacia los hijos, olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente por ellas. Baste decir que los padres pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.⁸

CAPITULO 3

CONTROL DE LA CONDUCTA

El adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad constituye un constante reto para la habilidad y la experiencia del profesional, especialmente si se trata de pacientes odontopediátricos. Hasta el tercer año de vida, la mayoría de los niños no poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y los rigores de una cita dental. El cuidado con éxito del niño no sólo es esencial para completar los procedimientos dentales, sino también para establecer una buena base para la futura aceptación de los servicios dentales por parte del paciente y durante su vida. A fin de obtener la cooperación del niño, el dentista no sólo debe establecer un nivel de comunicación adecuado con él, sino también emplear técnicas eficaces de control de la conducta.³

Objetivos del control de la conducta:

1. Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres, su aceptación del tratamiento dental.
3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.³

3.1. Enfoque psicológico:

3.1.1. Desensibilización: Esta es una de las técnicas que usan con más frecuencia los psicólogos para tratar los temores. Clásicamente, el método comprende tres etapas: primero, instruir al paciente a relajarse; segundo establecer una jerarquía de estímulos que producen miedo con respecto al principal temor del paciente, y tercero, presentar a la vez cada estímulo de la jerarquía al paciente relajado, comenzando con el que genere el menor temor y procediendo al siguiente sólo cuando el paciente ya no le tema. Es importante mencionar que debe ayudarse al paciente a relajarse antes de superar su miedo, ya que tan solo reiterar el estímulo aumenta el temor, más que disminuirlo. La relajación y el temor son incompatibles; si la primera se obtiene, el segundo se supera. Este sistema permite superar muchas clases de temores.

Para aplicar la técnica en su forma clásica, se requiere una serie de consultas preliminares con el fin de enseñar al paciente cómo relajarse. Es importante conocer la base del temor infantil, que puede ser un miedo general a los dentistas, los médicos o un temor más específico a “la aguja”, “al ruido”, “la fresa”. Cuando se conoce esta información, es posible establecer una jerarquía de estímulos que propician temor a fin de superarlos. Por ejemplo, si el paciente teme al ambiente odontológico en general, la desensibilización puede incluir la exposición sucesiva del niño a los siguientes estímulos:

1. Salas de recepción y espera.
2. Dentista y asistente.
3. Gabinete dental.
4. Sillón dental.
5. Examen bucal.
6. Profilaxis.

Si por otro lado el niño teme a la fresa los estímulos seleccionados pudieran ser:

1. Limpiar a mano los dientes con un cepillo para profilaxis.
2. Cepillar los dientes con un dispositivo para profilaxis en una pieza de mano de baja velocidad.
3. Usar una fresa o una piedra de terminado en una pieza de mano de baja velocidad que gire en la boca, pero no tenga contacto con los dientes.
4. Aplicar la fresa cuidadosamente a una restauración o superficie dental.

En cada fase de la jerarquía se sigue el procedimiento de decir-mostrar-hacer y se alivian los temores infantiles mediante la disposición atenta, amistosa y tranquilizadora que exhiban el dentista y su personal, al tiempo que se refuerza en gran medida la conducta positiva del niño. Se avanza a la siguiente etapa cuando el paciente se observa relajado y contento. De este modo se superan con rapidez algunos temores infantiles, permitiendo un rápido avance por la jerarquía. Podemos combinarla con D-M-H.¹

3.1.2. Modelaje: Esta es otra técnica que usan los psicólogos en el tratamiento de los temores; por ejemplo, ayudan al menor que teme a los perros a superar su miedo, haciéndole observar a otros niños jugar alegremente con perros. En este caso, los primeros sirven como modelos que después el niño temeroso imitará. Es posible aplicar esta técnica sencilla a una variedad de situaciones terapéuticas dentales, pero tal vez se use con mayor frecuencia para introducir al niño angustiado al examen bucal en el sillón dental. Se pide a uno de los padres o de preferencia a otro niño, actué como modelo, sometándose a un examen y profilaxis. Con optimismo, el niño temeroso imitará el comportamiento cooperativo del modelo.

Es preciso recurrir al método decir-mostrar-hacer, aunado a refuerzos para complementar el procedimiento de modificación, el cual con la desensibilización constituye una técnica eficaz para el problema de familiarizar al niño temeroso con un tratamiento sencillo. Podemos realizar esta técnica con diapositivas o películas.³

3.1.3. Decir-Mostrar-Hacer (DMH): Los puntos iniciales de esta técnica son decir (D) al niño algo sobre el tratamiento por efectuar, mostrarle (M) por lo menos en parte cómo se llevará a cabo y entonces hacerlo (H). Esta técnica se usa de manera sistemática en la introducción del niño a la profilaxis, que siempre se elige como el primer procedimiento operatorio. En consecuencia, se dice al paciente que se cepillarán los dientes; se le muestra el cepillo "especial" y cómo gira en la pieza de mano, después se le limpian los dientes. Es necesario agregar "elogio" a

la secuencia DMH, porque es preciso reforzar de inmediato el buen comportamiento durante el tratamiento inicial y de hecho en cualquier tratamiento subsecuente. Todas las personas, incluso los niños, reaccionan de manera favorable a los elogios. La odontología pediátrica eficaz así mismo significa comunicación eficiente del odontólogo con el niño y viceversa. El lenguaje debe ser por supuesto adecuado a la edad del paciente. La manera de aprender a cómo hablar con los niños de diferentes edades es algo que viene con la experiencia. El elogio y la comunicación eficaz, combinadas con la técnica de decir, mostrar y hacer, constituyen una combinación inmejorable para el manejo de la mayoría de los niños mayores de tres años de edad. Esta técnica no debe usarse en tratamientos pulpares sin anestesia, jamás utilizarse al momento de aplicar la anestesia no mostrar la aguja. Puede ser necesario repetir la explicación al debemos explicar al nivel del niño dándole confianza. Debemos trabajar en períodos cortos.

Debemos utilizar eufemismos para explicar al paciente pediátrico.

Ejemplos:

Marcador - datos del paciente (diminutivo-edad-años/meses-tratamiento-pieza).

Cuaderno - paciente.

Marca - diminutivo-edad.

Dibujo - pieza-tratamiento.

Libreta - madre.

Libro - padre.

Hoja - familiar.

Goma - molestia.

Borrador - dolor.

Compás - inflamación.

Lapicero - jeringa.

Repuesto - cartucho.

Grafito - aguja.

Tinta - sangre.

Color - llanto.

Fotografía - radiografía.

Pluma - pieza de mano (baja-alta).

Rallas - problemas-conflictos.

Mochila - motivo.

Letra - saliva.

Mancha - caries.

Bicolor - absceso.

Lápiz - explorador.

Popote - eyector.

3.1.4. Refuerzo: Este término puede definirse como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que incrementa la posibilidad de que en el futuro se exhiba dicha conducta. Los psicólogos partidarios de las teorías del aprendizaje social del desarrollo infantil consideran que el comportamiento del niño es reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos de su miedo, que el amor y la aprobación que obtiene primero de sus padres y después de sus compañeros son formas muy importantes de recompensa (y por tanto un factor sólido de

motivación para modificar la conducta). En consecuencia, el dentista debe recompensar el buen comportamiento infantil en la situación dental mostrando aprobación, se trate del cepillado eficaz o de la cooperación adecuada en procedimientos operatorios. Se espera que dicha aprobación refuerce el comportamiento apropiado, aumentando de tal modo la probabilidad de que se repita en consultas subsecuentes. Es preciso que el odontólogo manifieste con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva a las instrucciones. Las palabras que se empleen no son importantes y cada dentista tiene sus propios comentarios favoritos que van, por ejemplo, desde un simple “está bien”, pasando por “bien hecho, estuviste muy bien” hasta “eres uno de mis mejores pacientes”. El punto importante es que el comportamiento adecuado del niño debe reforzarse con frecuencia. La recompensa se relaciona estrechamente con la acción. Por ejemplo, si se pide al niño que abra la boca grande y lo hace bien, debe recibir un signo inmediato de complacencia. La aprobación que solo recibe al concluir la consulta, por ejemplo “ya terminamos, fuiste un buen niño”.

El premio es otra forma de recompensa. Se dispone de muchos tipos de premios convenientes, como cuadernos para iluminar, globos y calcomanías, pero el niño pequeño puede incluso apreciar un cepillo profiláctico. Es importante no reforzar el mal comportamiento. Si el niño impide el tratamiento y no se puede completar lo planeado, es muy posible que el concluir abruptamente la sesión y devolver el niño a su madre para que le reconforte refuerce la conducta deficiente. El dentista no debe ridiculizar al paciente por su mala conducta ni exhibir enojo. Las clases de castigo que el odontólogo puede usar para el mal comportamiento se limitan a mostrar decepción y desaprobación, además de no ofrecer ninguna recompensa. Se debe evitar reforzar el mal comportamiento.¹

3.1.5. Modulación de voz: En 1964, el Dr. John Brauer, uno de los fundadores de la especialidad de odontopediatría, advirtió lo siguiente en relación con la técnica que se conoce como “control con la voz del paciente infantil”. El control con la voz que utiliza el odontólogo es un factor de suma importancia en el tratamiento del paciente. El tono y el énfasis al hablar con el niño producen reacciones favorables o desfavorables. El Dr. Brauer ofrece otra conclusión acerca del control con la voz: La voz, con ciertas cualidades bajo control, ha motivado la paz en naciones, así como la guerra, ha cautivado a públicos de todas las edades y puede tener profunda influencia en el patrón conductual del individuo. Es un instrumento poderoso que se usa en muy pocos casos cuando hay problemas de la conducta en el niño. Fenómeno lingüístico de las peticiones y promesas, su importancia para éste durante su experiencia dental. Es una interacción social que se basa en dos actos constitutivos del habla: uno, el de las peticiones que realiza el odontólogo y el segundo, las promesas que hace el niño para emprender acciones eficaces en respuestas a esas peticiones. La eficacia en el tratamiento no verbal del niño, incluso en los que exhiben o desarrollan un comportamiento recalcitrante durante la consulta dental, se ha demostrado cuando el odontólogo no solo tiene la capacidad de detener tal conducta, sino puede hacer la petición por segunda vez si se requiere, con más determinación verbal, expresiones faciales adecuadas a partir de una postura corporal en la que se sabe si es competente poder de replantear. El cuerpo es importante para la voz y la cara. La

ventaja no verbal también estimula favorablemente el ejercicio de la mano sobre la boca. De hecho, el control de efectivo con la voz antecede o es concomitante al uso eficaz de dicha estrategia, de hecho, se considera que la eficacia de la mano sobre la boca sería imposible sin un control adecuado con la voz y la eficacia de esté tal vez sería imposible sin la ventaja no verbal. La ventaja no verbal ha sido y es aún una técnica poderosa de control de niños. Es una técnica lingüística porque fomenta el uso de peticiones y en términos generales se le puede considerar psicológica. Más importante aún, es necesario que influya en el odontólogo antes que surta efectos provechosos en el niño. La ventaja no verbal afecta la voz, su timbre, cadencia y otras cualidades. Afecta también la expresión facial, que forma una parte poderosa de la comunicación verbal, así como la forma en que el dentista habla a sí mismo y por consiguiente en la confianza que tiene en sí mismo en torno a las distinciones que realiza acerca de su capacidad para tratar con éxito al niño. Este método requiere que el odontólogo infunda más autoridad a su comunicación con éste. El tono de voz es muy importante y debe proyectar la idea de: "Aquí mando yo". También es importante que la expresión facial del odontólogo refleje esta actitud de seguridad. De hecho, puede usarse el "control con la voz" aunado sólo a expresiones faciales e incluso en el caso de niños sordos. El control con la voz es una técnica fundamental en el trato con preescolares, ya que es muy eficaz para interrumpir conductas inapropiadas tan pronto se inician y tiene éxito moderado para interceptarlas una vez que se desatan por completo. En otras palabras, constituye una forma útil de plantear nuevamente una petición que el niño ha rehusado. En virtud de ser una técnica puramente lingüística, este tipo de control depende de la tonalidad, cadencia y otros aspectos que intervienen en la calidad comunicativa del odontólogo con el paciente pediátrico.³

3.1.6. Audioanalgesia: La música en el consultorio contribuye a crear ese ambiente grato y confortable. La selección responde, por cierto, a gustos personales. Pero un concierto, música "ligera", algunos temas modernos, merecen aprobación. La música agradable es aceptable para los niños lo mismo que para los adultos. La música tiende a crear un humor favorable, ocupar la mente y a ocultar otros ruidos del consultorio. El control de los ruidos es un factor importante en el consultorio. Los pacientes que se encuentran en la recepción se pueden alterar con facilidad al escuchar los gritos de un niño en la zona de tratamiento. Es muy importante el volumen de la música que se seleccione la cual debe ser en un tono bajo que nos produzca una tranquilidad y serenidad. Debemos crear una atmosfera agradable.⁹

3.1.7. Hipnosis: Se define como un estado mental particular generalmente inducido en una persona por otra... en el cual las sugerencias no sólo se aceptan con mayor facilidad que en el estado consciente sino también son más susceptibles de influencia externa de lo que sería posible en circunstancias normales. Se estima que es posible inducir un trance hipnótico ligero en 90% de las personas, que se caracteriza por relajación y disminución de la ansiedad. En 70% es posible profundizar a un trance medio en el cual puede generarse cierta analgesia; y en 20% puede alcanzar un trance profundo en el que es posible lograr analgesia considerable. También es posible contar a la mano con un equipo

de reanimación. Sin embargo, las técnicas establecidas para la inducción de la hipnosis son más precisas y tienen mayores probabilidades de ser más eficaces en la mayoría de los pacientes nerviosos. Antes de proceder a inducir la hipnosis el dentista debe preparar al paciente y explicarle qué se realizará.

3.2. Enfoque físico: Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones clínicas perfectamente tipificadas y específicas; sin embargo, es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente. Se definen como aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.

Objetivos básicos:

- 1) ganarse la atención del niño.
- 2) enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
- 3) darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos.
- 4) protegerlo de lesiones.
- 5) hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.

El método físico de control de la conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La mayoría de las indicaciones para su utilización son los niños muy pequeños y los niños con retrasos mentales y problemas neurológicos graves.

Consideraciones:

1. Estas técnicas solo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
2. Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.
3. Se emplean como parte de un tratamiento no como un castigo.
4. La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional, ayudantes y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
5. Deben explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevarán a cabo a los niños a los que se les aplica.
6. Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres por qué y cómo se utilizan.
7. Debe obtenerse el consentimiento de los padres.

Las técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás con connotaciones de castigo. Hay que ser tremendamente conscientes de lo que se realiza al aplicarlas y tratar que el niño tenga sentimientos positivos respecto a sí mismo. Se le debe explicar que él puede y debe cooperar con nosotros, pero que al parecer va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar, estando él protegido y no sufrir lesiones que podrían producirse por movimientos que él no puede controlar. Si se aplican estos métodos correctamente en los casos indicados y de una forma profesional, no se producen lesiones psicológicas en los pacientes.

Indicaciones:

1. Niños con limitaciones físicas como pacientes con afectos de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.
2. Niños con limitaciones mentales.
3. Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.
4. Algunos niños premeditados que al no disponer de un nivel completo de conciencia pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos.
5. Los niños que experimentan rabietas muy violentas.

Tipos de técnicas de enfoque físico

3.2.1. Mano sobre la boca: Técnica conocida clásicamente en la literatura anglosajona como hand over mouth: Esta técnica por lo general se considera como una medida bastante extrema en el manejo del niño que no coopera. La técnica consiste en inmovilizar en el sillón dental, con gentileza, pero firmemente, al paciente pediátrico que protesta, colocando una mano (o toalla) sobre su boca a fin de mitigar sus protestas y hablándole en voz baja pero clara al oído, decirle que se le quitará la mano tan pronto deje de llorar. Cuando el paciente reacciona de manera favorable se quita de inmediato la mano y se le felicita; sin embargo, si éste comienza a protestar de nuevo, se repite el procedimiento. No obstante, si éste se comporta de modo similar en la siguiente consulta, es preciso decidir si es necesario adoptar otras técnicas. En estos casos puede justificarse la técnica mano sobre boca. Ningún tratamiento es posible hasta que el niño aprenda que al dentista no le impresionan o acobardan las rabietas o los retos. Nunca debe emplearse la técnica con niños temerosos para quienes son convenientes la desensibilización y otros métodos.

No debe emplearse esta técnica en niños menores de tres años.¹

3.2.2. Mano sobre boca y nariz: Hace años se utilizaba una variedad de la técnica mano sobre boca que era la técnica mano sobre la boca con restricción de vías nasales. Se considera totalmente inaceptable su utilización, a pesar de su tremenda efectividad, ya que el paciente reacciona a causa del miedo físico que experimenta.

3.2.3. Bloques de mordida, abre bocas: Se emplean para el tratamiento de los maxilares y el control de la abertura de la boca. Para el control de la cavidad oral se pueden utilizar depresores linguales o bien dispositivos comercializados. Existen distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloques de mordida se les atará hilo de seda como dispositivo de seguridad por si lo hemos de sacar súbitamente de la boca.

3.2.4. Control físico por parte del profesional: Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante un tratamiento dental por parte del profesional y de sus ayudantes. Hay ciertos procedimientos, como la aplicación de la anestesia local, que requieren que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza del niño mientras trabaja para evitar movimientos de ésta y mientras tanto las asistentes controlan los brazos por si el niño quiere dirigirlos hacia la jeringa de

anestesia para evitar el procedimiento. Para muchos niños, el hecho de que una asistente apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenar sus reacciones bruscas y además se sienten protegidos si se les trata con cariño. Sin embargo, otros niños presentan conductas más descontroladas que requieren que el personal tenga que actuar de una forma más activa.

3.2.5. Control físico mediante dispositivos específicos: Comprende desde la inmovilización de manos del paciente por el asistente dental, el uso de herramientas como la envoltura pediátrica (Olympic Medical Corporation) y Pedi-Wrap (Clark Associates, Inc.). Entre otros sistemas de sujeción se encuentran las cintas, sábanas con cintas, frazadas y cinturones. El ámbito físico ha probado ser útil en el tratamiento de urgencias en niños histéricos y en los que no pueden expresarse mediante el lenguaje por su edad. Los pacientes con discapacidad de desarrollo y los que no cooperan con el odontólogo por una razón u otra. También pueden requerir el control correspondiente a este ámbito. El uso de las diversas técnicas del ámbito físico obliga a que se proporcionen explicaciones a los padres, tutores o personas que cuidan del niño. Por ejemplo, el uso de la envoltura pediátrica en el niño normal exige recibir consentimiento informado.³

3.3. Enfoque farmacológico: La gran mayoría de los niños introducidos a la odontología mediante métodos descritos se relajan, cooperan y aceptan con facilidad casi todos los procedimientos operatorios. Por desgracia una minoría persiste sin colaborar o no coopera más. El miedo es el motivo más usual de falta de colaboración, muchas veces a un procedimiento específico como la “inyección” o la “fresa”. Si el temor persiste a pesar de consultas preliminares cuidadosamente conducidas puede ser útil alguna forma de sedación. La sedación es más eficaz en el caso de los niños genuinamente temerosos pero que comprenden la necesidad del tratamiento y que desean ayuda. Es necesario resaltar que el paciente sedado se encuentra consciente y en dominio de todos sus reflejos protectores normales.

Es posible administrar la sedación a través de las siguientes vías:

1. Inhalatoria.
2. Oral.
3. Intramuscular.
4. Intravenosa.
5. Rectal.

Desde luego, cualquier fármaco que puede disminuir la respiración, producir somnolencia o sueño en el niño es potencialmente peligroso. Mientras más pequeño sea éste, más intenso será el peligro. El odontólogo que desea utilizar medicamentos requiere tener adiestramiento en estas técnicas, así como contar con el equipo de vigilancia adecuado y un protocolo que garantice la seguridad del paciente. Se reitera que los padres comprendan esta técnica, riesgos y alternativas.¹

CAPITULO 4

MIEDO Y ANSIEDAD

El miedo a ser lastimado es necesario para proteger a un niño del peligro. Al mismo tiempo, el miedo presenta como el mayor problema de manejo para el odontólogo. El miedo y la ansiedad pueden hacer que el paciente pediátrico sea más difícil de tratar así bajan el umbral del dolor, lo que produce un círculo vicioso. Las palabras miedo y ansiedad se usan a menudo juntas en forma indistinta. Sin embargo, si hablamos estrictamente, existe diferencia entre ambas. El miedo es concreto, es decir, tiene fundamento real y se puede expresar con palabras a qué se teme. La ansiedad, expresada a veces como temor a lo desconocido, es difusa y no se relaciona como sí ocurre con el miedo con una amenaza específica. Los niños muy pequeños tienen limitada experiencia sobre el mundo y sus peligros; su miedo a veces se denomina primitivo, basado en el instinto más que en la comprensión realista del peligro. Un bajo nivel de miedo y ansiedad puede ayudar al niño, al permitirle realizar la transición cognoscitiva y emocional hacia el tratamiento. En otras palabras, hay que darle a éste la oportunidad de encarar la situación. Cuando el miedo y ansiedad se manifiesta durante largo tiempo y generan cambios de conducta, se convierten en fobia. Las reacciones fóbicas a menudo remiten en forma espontánea durante la niñez, pero pueden ser disparadas otra vez en la edad adulta.

4.1. Factores que determinan cómo reaccionará el niño entre el temor y la ansiedad:

1. El grado de temor: que depende de la forma en que el niño percibe la situación, se vincula con la experiencia propia de éste y con el ambiente, sea que el paciente pediátrico este rodeado por personas seguras y de confianza o no.
2. La capacidad de enfrentar el miedo se relaciona con la madurez y la personalidad.
3. La motivación para enfrentar el miedo se vincula con las demandas del ambiente, las prácticas de crianza y las impuestas por la visita al dentista.

4.2. Expresiones del miedo y ansiedad: Es común que los niños revelen sus emociones en forma más abierta que los adultos. De acuerdo con la madurez, la personalidad, la experiencia con otras situaciones atemorizantes y las demandas de los padres o del dentista pueden reaccionar:

- Huyendo.
- Con agresividad.
- Llorando.
- Con evasión.
- Con apatía y retraimiento.
- Con regresión.
- Con dolor de estómago o vómitos.
- Intentando suprimir u ocultar el temor.

Para eliminar o reducir el miedo y ansiedad ante el tratamiento odontológico se usan diversas técnicas. Con éstas se procura, además de disminuir el temor, enseñar al niño a encarar estrategias y motivación. Pueden usarse tanto para presentar la situación odontológica como para reacondicionar al paciente pediátrico temeroso de la odontología.¹¹

4.3. 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 por las que la gente descuida el tratamiento dental. 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 conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente, trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera, se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir se intensificara su miedo. El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. 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 esta, aumenta su miedo y entonces la comunicación del dentista con el paciente pediátrico puede ser muy difícil. Incluso con el niño de más edad, puede ocurrir una situación en la que el miedo sea tan pronunciado que el niño no pueda razonar claramente.

4.4. Valor del miedo: Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme 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. Debe enseñársele al niño que el consultorio dental no tiene por qué 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, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio. Los primeros temores asociados con la odontología son los derivados de lo desconocido e inesperado. Así cualquier estimulación intensa o súbita de sus órganos sensoriales provoca temores en el niño, por ser inesperada. Jersild y Holmes afirman que el promedio de temor desciende notablemente entre las edades de tres y seis años.

La disminución de los temores se puede atribuir a:

- La comprensión de que no hay por qué temer.
- La presión social para ocultar el temor.
- La imitación social.
- La orientación de los adultos.
- El grado de maduración psicósomática.

Parecería que la tendencia de los niños más inteligentes a tener más miedo se debe a una mayor captación del peligro o a una desconfianza más definida hacia lo verbal sin prueba correspondiente. Gran parte del tratamiento odontológico debe incluir la ayuda al niño para que se sobreponga a sus temores y acepte las técnicas especializadas adecuadas. Debemos conocer cuál es el patrón de conducta característico de cada edad y tener en cuenta, cada periodo cronológico y cada niño se caracterizan por patrones distintos, los cuales dependen de:

- Su nivel de desarrollo psicomotor.
- Su nivel de desarrollo emocional.
- Las influencias o formación de su medio ambiente.
- La estructura básica de su personalidad.

Con base en lo expuesto, teniendo en cuenta que la salud depende de una interrelación equilibrada entre el paciente y el ambiente, el manejo de la situación odontológica en odontopediatría se debe analizar de acuerdo al paciente padres y odontólogo. Los niños crecen en tres áreas: física, mental y emocional. En todos los niveles de edad la conducta depende de la interacción de esas tres dimensiones de crecimiento. Si cualquiera de ellas se acelera o retarda, el patrón de conducta se altera en un grado notable, más aún cuando el desarrollo emocional es el que se perturba. Todo problema de conducta es un síntoma de inadaptación que puede deberse a: grados variables de incapacidad (física, psíquica), incapacidad del medio para facilitar la adaptación, o una combinación de ambos factores en diferentes proporciones. Si bien cada niño posee un modo individual de crecimiento que le pertenece sólo a él, el desarrollo básico obedece a sucesiones universales. Cada niño es único y como miembro de la especie humana responde a series o secuencias de crecimiento que no se omiten.

4.5. Tipos de miedo: La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

1. 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, ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido 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.⁸

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

2. Temores Subjetivos: Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia es muy sensible a la sugestión, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia, éste al escuchar hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental. Los pacientes pediátricos tienen miedo intenso a lo desconocido. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología, deberá conocer de manera general, los procedimientos que podrán ser aplicados y el aspecto y descripción del equipo del consultorio 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 minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste el niño se siente igual. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres. Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos.

El miedo a estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión. 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 puede experimentarse y no encuentra límites. La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Los temores más profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginarios. A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores pueden ser irracionales en el sentido de que el niño no sabe por qué está atemorizado. La intensidad de los temores de los niños varía. Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene éste, de dormir.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Son los padres y el dentista los que tienen que determinar el miedo real o simulado. Cada niño es un individuo y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de la inteligencia y

rapidez que en 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.

4.6. 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. Es bien conocido que el papel de la madre en la superación de temores tempranos. La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño, su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le conceda anteriormente. A medida que éste 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 le asusta a un niño a los dos años de edad puede no hacerlo cuando tenga seis. Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperada. El ruido y vibración de la fresa, la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al preparar cavidades, producen miedo en un 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 de la mano rápidos y enérgicos también atemorizan. Los niños que todavía no van al colegio pueden temer separarse de sus padres, si éste 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. Además del miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Cree que esto puede ser la razón de su abandono. Puede creer que la odontología es su castigo.⁸

CAPITULO 5

CARACTERÍSTICAS DESEABLES EN EL ODONTOPEDIATRA

Hay ciertas cualidades fundamentales que deben reunir los odontopediatras:

- Comprensión.
- Respeto por su pequeño paciente.
- Bondad.
- Simpatía.

Decisión: En la realización de los actos, no debiendo posponer o dejar de hacer un tratamiento que se había planeado. Si el paciente está reacio a aceptarlo, se debe actuar con decisión. Veracidad, el engaño y el ridículo descontrolan a todo niño tanto como el tratarlo como a uno de menor edad. No hay que olvidar que el paciente pediátrico necesita estímulos positivos y le gusta que se le proyecte hacia etapas de desarrollo superiores. Consistencia es presentar un justo equilibrio de las emociones. Mantener siempre una conducta consecuente.⁵

Importancia de la convicción, experiencia y buenas intenciones: Aunque la odontología pediátrica es factible, no a todos los odontólogos les agrada trabajar con niños. Cualquier dentista que atiende con regularidad a preescolares tiene que vérselas con un poco de llanto, retorcimiento, pataleo y rabieta, así como a diversas conductas de evasión. La necesidad de afrontar esta clase de comportamiento y dedicar energía a resolver estas situaciones exaspera a algunos odontólogos; hay otros que sienten remordimiento o angustia; a algunos les incomoda incluso la presencia de los padres y otros más quizás anticipan con fastidio la llegada del siguiente niño programado para consulta. Además del agotamiento, existe un aspecto del tratamiento odontopediátrico que parece ser buen indicador de quiénes no: nos referimos a la experiencia. La seguridad del dentista respecto a sus habilidades para el control de la conducta es fundamental para mantener interrelación eficaz con niños que pudieran ser incontrolables.⁶

Sugerencias para el buen manejo de la situación odontológica:

- En la asistencia no se debe presionar, sino sugerir pautas de comportamiento.
- La consulta debe ser lo más corta posible.
- Nunca está justificada la mentira. El lenguaje utilizado debe ser acorde al nivel de entendimiento del paciente.
- Cuando el paciente lo permite, es importante establecer acuerdos de entendimiento; por ejemplo, se le debe sugerir que levante una mano para dar aviso cuando una maniobra le molesta a fin de encontrar conjuntamente la solución.
- Cuando se sabe que puede causarle alguna molestia en la labor profesional es importante anticipárselo al paciente, acordando conductas que disminuyan la misma.

- Hay que recordar que el paciente odontopediátrico es un receptor emocional. Se debe siempre hablarle, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional.
- A cada paso se le debe elogiar en los progresos de su comportamiento, aunque sean mínimos en vez de esperar al final de la consulta.
- Hay que valorar el espíritu imaginativo del niño pequeño y su sugestibilidad, a fin de familiarizarlo con el ambiente odontológico.
- Cada niño tiene pautas de conducta específicas.

Para entrar en el estado del comportamiento de los profesionales, podemos dividirlos en tres grupos:

1. Profesionales que prefieren atender pacientes adultos. Por lo general, cuando los odontólogos de este grupo atienden niños lo hacen solo por obligación y con desagrado. Tratan de salir de la situación brindando una asistencia inadecuada. Pueden originar pacientes difíciles para su posterior tratamiento.

2. Profesionales que atienden niños, pero sin tener los conocimientos necesarios ni suficientes. Podrán lograr la asistencia del niño, pero no en forma eficaz. No logran cumplir con los objetivos de la odontopediatría, en el sentido de generar pacientes física y emocionalmente sanos.

Estos grupos pueden subdividirse en los siguientes tipos:

Odontólogo temeroso: Se ha dicho muy bien, que son más los odontólogos que temen a los niños que los niños que temen a los profesionales. Por lo común, el rechazo para la asistencia del niño se debe al temor consciente o inconsciente de fracaso ante la situación odontológica por parte del profesional.

Odontólogo maternal: Es el que trata en un nivel inferior al de su edad cronológica, manifestando afecto excesivo o sobreprotección. Parecería una característica más común de la mujer odontóloga, que en algunos casos asume una actitud maternal con el fin de lograr la cooperación del paciente.

Odontólogo malhumorado o cruel: Al sentir rechazo hacia el niño, reacciona con ira, que es un signo de miedo ante la impotencia. Trata de salir del paso rápidamente, sin importarle el sufrimiento físico o psíquico que pueda estar ocasionando.

Odontólogo algodonerero: Mantiene un prestigio aparente entre sus pacientes cambiando torundas de algodón o eugenolatos. Al ser el procedimiento absolutamente indoloro mantiene un éxito irreal, así como una falsa adaptación del niño.

Odontólogo payaso: Interpreta erróneamente la simpatía y afabilidad que debe mostrar el profesional. Hace una técnica dilatoria de ineficaz resultado.

Odontólogo lastimoso: Acompaña al niño en las posibles molestias que pueda ocasionarle, exagerando en forma subjetiva la intensidad de los estímulos.

3. Profesionales especializados en la atención de pacientes infantiles: Este tipo de profesional está capacitado científicamente para dar una atención adecuada a los pacientes niños o adolescentes y asegurarles la obtención o conservación de su armonía biológica y psíquica, amenazada por una serie de prejuicios que sobrevivieron la época dolorosa de la odontología. Su preparación le permite lograr la conducta que presenten sus pacientes en la consulta, esté balanceada con la realidad de la experiencia que está viviendo.⁷

El odontólogo como entrenador ontológico: Ontología significa nuestra manera de ser del niño durante la consulta dental es en silencio, prestando atención a las peticiones y cooperando con éstas. Es evidente que el niño histérico que grita no tiene la forma de ser que funciona adecuadamente en el ámbito lingüístico. Por consiguiente, el dentista no sólo debe instruir y hacer peticiones, sino también actuar como instructor ontológico al intentar que la manera de ser del niño durante la consulta sea la adecuada. Para practicar las técnicas lingüísticas, lo cual así mismo puede estimularse mediante estrategias no verbales.⁶

CAPITULO 6

PERFIL DEL PACIENTE QUE COOPERA Y EL PACIENTE QUE NO COOPERA

Cuando se les maneja correctamente a niños de 36 a 40 meses de edad se comportan bien y cooperan con el odontólogo. De hecho, pueden ser los pacientes más fáciles de tratar de todos los grupos de edad, ya que no exigen paciencia insólita del dentista, pues no la requieren. Atender a estos niños constituye una experiencia profesional muy agradable y gratificadora. Es divertido charlar con estos pacientes, hacerles preguntas, conocer su programa de televisión favorito, su comida favorita, o saber qué sienten con respecto a su nuevo hermano y por lo general debe ser una parte relajada de la actividad diaria del odontólogo general. El paciente pediátrico que coopera reacciona de modo conveniente a los “momentos críticos” de la cita dental; es decir, reacciona lo mejor que le es posible.

Separación del niño de sus padres: No siempre es conveniente separar al niño de sus padres. El niño de menos de 36 a 40 meses de edad a menudo se comporta mejor cuando su madre lo acompañe en el consultorio dental. La madre del pequeño que tiene menos de tres años por lo general sabe si el paciente pediátrico se comportará mejor o peor estando ella presente. Después de esta edad casi ningún niño necesita que su padre lo acompañe, pero el dentista quizá requiera su presencia durante las consultas. Es necesario que los padres y el paciente conozcan la preferencia del odontólogo al respecto, por lo menos antes de la primera cita. Cuando la madre del niño de más de tres años lo acompaña al consultorio, deberá estar preparada para salir si el niño no se comporta bien. Este acuerdo entre ella y el odontólogo debe establecerse antes que el niño se sienta en el sillón dental, es importante que el menor conozca el acuerdo. El niño que coopera no sufre demasiado al separarse de sus padres y aunque esto signifique que la separación no le afecte en lo emocional. En la situación ideal, se nota deseo de comenzar, no muestra temor, charla con libertad con la asistente dental, quien lo acompaña desde la sala de espera.

Colocación en el sillón: Por simple que parezca, algunos niños se resisten a sentarse en el sillón dental. Algunos pacientes necesitan ayuda y es preciso llevarlos de la mano, en ocasiones, levantarlos y colocarlos en el sillón. Sin embargo, el niño que coopera se sienta sin demora. Esto es agradable pues proporciona la primera oportunidad para premiarlo por su comportamiento adecuado y su capacidad para hacer lo que se le pide.

Ubicación del dentista: Al aproximarse el odontólogo al sillón, éste se percata que el tratamiento es inminente. El paciente bien adaptado puede afrontar esta situación y responde a su nombre, contesta las preguntas, acepta y reacciona a los elogios. El cirujano dentista representa también la principal figura de autoridad en el consultorio dental, el paciente que coopera se da cuenta que es necesario seguir las instrucciones, obedece sin demora a peticiones como: “coloca las manos sobre el estómago y abre grande la boca”.

La inyección: Este es sin duda el procedimiento más temido universalmente en odontopediatría, tal vez en la odontología general. En la actualidad, la técnica es tan indolora que muchos de ellos nunca advierten que recibieron un “piquete” cuando se les aplico el “agua que adormece”. Aunque por lo regular está indicado el uso de un anestésico local de sabor aceptable. (Este no debe administrarse al niño agitado que parece empeorar).

Es posible que éste llore durante la inyección, tal vez requiera que la asistente inmovilice los brazos y cuerpo de manera momentánea, lo cual indica que el paciente dental no se lastime o nos ocasione un accidente y de esta forma protegerlo. La prueba es que el llanto y el retorcimiento desaparecen al retirar la aguja. Sobra mencionar que es preciso manejar con suma precaución las agujas cuando se está cerca de un niño que forcejea.

El procedimiento dental: Cuando se administra una inyección anestésica el tratamiento es de restauración en 9 de cada 10 ocasiones. En el caso del que coopere, el procedimiento es más sencillo que lo que suele ser la inyección. Muchos pequeños quedan dormidos durante el procedimiento, lo cual puede parecer sorprendente. Sin embargo, la mayoría, aun los de tres años de edad, tolera bastante bien una consulta dental larga sin agitarse.

Final de la consulta: El niño que coopera concluye la consulta satisfecho y pese a que está ansioso de marcharse, tiene aún la suficiente paciencia para aceptar los elogios y premios a que se hizo acreedor su conducta durante su tratamiento.

Regreso a los padres: Los pacientes que cooperan en el tratamiento dental regresan radiantes de orgullo con sus padres, pues saben que se comportaron bien y que esto agrada a sus padres. Están satisfechos de sí mismos y las felicitaciones del odontólogo por el comportamiento del pequeño a los padres se reciben con sonrisas y alegría. Esta es también una ocasión agradable para el dentista. Algunos menores harán que sus padres sientan remordimiento de haberlos llevado al dentista y se hacen las víctimas. Este dramatismo a menudo se interrumpe cuando el odontólogo o la auxiliar se hacen presentes.¹⁴

Pacientes que no cooperan:

Principales razones: El miedo y la ansiedad son los componentes principales de la conducta no cooperativa en niños. Las razones se relacionan con el niño, con los padres y con el equipo dental.¹¹

- madurez insuficiente.
- enfermedad, fatiga.
- ansiedad general.
- baja tolerancia al dolor.
- mala experiencia en tratamientos previos.
- actitudes negativas de los padres.
- sobre indulgencia; defectos en la crianza.
- manejo inadecuado por el equipo odontológico.

Conviene proceder al análisis de los tipos de pacientes de quienes se puede esperar un mal comportamiento en el consultorio dental. Estos niños son los que no pueden superar o, más importante aún, no desean afrontar los estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental.

1. El primer grupo lo conforman los pacientes especiales que tienen afecciones emocionales, el cual no es un grupo muy numeroso, aunque existente.
2. El siguiente grupo es el de los tímidos y es el más grande. Estos niños son introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales que implica la visita dental. La mejor técnica de control en estos casos consiste en romper la barrera de la timidez mediante una relación de amistad.
3. El tercer grupo comprende a los niños que tienen fobia al tratamiento odontológico. El temor a las jeringas representa el 90% de la causa de este miedo.
4. Cuarto grupo comprende a los niños reacios a la autoridad.

Categoría I: El niño con alteraciones emocionales. La angustia es un dato confiable de alteración emocional. Cuando la angustia que produce la cita dental se complica con la de un padecimiento emocional, a menudo se origina una crisis conductual. Los niños con trastornos emocionales son pacientes dentales muy difíciles. En el mejor de los casos no es nada agradable trabajar con ellos. Los trastornos emocionales pueden presentarse también en los niños de familias desintegradas. Los niños de escasos recursos económicos tal vez sufran más alteraciones que los de clases más privilegiadas. En su conjunto los niños abandonados y maltratados exhiben mayor incidencia de alteraciones emocionales.

Categoría II: El niño tímido o introvertido. Introversión o la timidez son un problema común incluso en los niños y sobre todo en los muy pequeños. Debido a que la experiencia odontopediátrica constituye un encuentro humano bastante intenso, que exige empatía y comunicación entre el odontólogo y el paciente es obvio que la experiencia causará tensión emocional al niño muy tímido. Esta tensión quizá origine conductas evasivas, como el llanto, el cual suele adoptar la forma de un tímido sollozo. El introvertido rara vez muestra un comportamiento de evasión agresivo, como una rabieta. Las diversas técnicas de charlar con estos pequeños en un lenguaje adecuado, el uso de elogios y el método de decir, mostrar y hacer, vencen con seguridad la barrera tras la cual protegen su personalidad y con el tiempo, en algunas ocasiones antes de lo esperado se sinceran. Cuando lo hacen, por lo general se convierten en pacientes admirables, porque la consulta dental asume para ellos un ámbito social en el que hay alguien que sabe su nombre, se interesa en ellos y desea conversar.

Categoría III: Niños que tienen fobia al tratamiento odontológico. Estos niños constituyen un reto enorme para el dentista, así como para profesores, médicos y cualquier otro que lo trate. Al atender a este tipo de paciente, el odontopediatra se encuentra a un problema particular pues, es intensa y requiere de manera ideal mucha cooperación del niño.

El temor abarca desde miedo a las jeringas, al daño corporal y al temor general a lo desconocido. Desde el punto de vista intelectual, el niño es incapaz de vencer su miedo, pese a las explicaciones del dentista o sus padres, ya sea por su edad cronológica o por desarrollo tardío. La reacción del niño al temor es excesiva, por otras alteraciones emocionales en su vida. En esta categoría se encuentran los que provienen de familias que han sufrido crisis agudas a causa de divorcio o separación inminente, los que sufren maltrato y los que han perdido a un abuelo o amigo. El niño “incorpora” miedos de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual se conoce como temores adquiridos. Cuando el paciente sufrió una experiencia difícil o dolorosa en un consultorio médico o dental o en un hospital. Estos son los temores aprendidos. El niño sufre alguna enfermedad emocional.

Todas estas categorías, con la excepción tal vez que aqueja un trastorno emocional, son fáciles de identificar y definir. Si el mal comportamiento se debe al temor intenso o miedo al dentista, es importante que el padre o madre establezcan el hecho en términos muy claros. Cuando el niño se atemoriza tanto que resulta imposible que adopte un comportamiento favorable, ambos adultos tienen la obligación de hacer todo lo posible por no agravar la angustia que le causan los procedimientos. Es posible identificar a los niños muy atemorizados antes de iniciar el procedimiento odontológico. La única dificultad es la categoría III un paciente con alteraciones emocionales. Cuando éstas se sospechan, la sugerencia más humanista y profesional continúa siendo que el odontólogo remita al niño a un examen psiquiátrico, psicológico o de otro tipo, así obtener el éxito deseado.

Categoría IV: El niño reacio a la autoridad. Hay niños en quienes la mala conducta en el consultorio dental no se debe a alteraciones emocionales, introversión o temor sino, más bien, a la aversión que les causa la autoridad. Un breve análisis pone en claro que el odontólogo es una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio y en consecuencia, representa un candidato ideal para estimular la peor conducta en este tipo de niños.¹⁴

CAPITULO 7

EL EQUIPO DENTAL

Como es probable que el niño entre al consultorio con miedo, el primer objetivo que deberá alcanzar el odontólogo será infundir confianza al niño y hacer que se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia. Hágala cómoda y cálida, que dé la sensación de que los niños frecuentan el lugar, no les resulta desconocido. Una de las maneras más sencillas de lograr esto es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos. Tenga disponibles sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer. Tenga a la mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños. Las tarjetas que recuerdan la visita y las de notificaciones deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él estas pueden contener dibujos o caricaturas. La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno.

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

Equipo asistencial odontológico. Los niños son muy sensibles al lenguaje corporal y a la comunicación no verbal. Un consultorio odontológico cuya atmósfera se caracteriza por la tranquilidad, confianza y el profesionalismo genera por lo común cooperación en el niño y satisfacción en sus padres. Se caracteriza por autoconocimiento, confianza y apreciación realista de sus propias habilidades y limitaciones.

- capacidad para trabajar con eficiencia, con óptimo control del dolor, para equilibrar las exigencias del niño con las necesidades del tratamiento.
- comprensión y respeto por los niños y capacidad para imaginar cómo experimentan ellos la situación odontológica.
- asesorar a los padres con respecto a comprensión, franqueza y empatía.

Interacciones psicológicas: Las complejas interacciones verbales y no verbales que se producen en el marco odontológico entre el niño, su madre/padre y los miembros del equipo dental son difíciles de percibir, no pueden medirse y a veces son imposibles de controlar.¹¹

CONCLUSIONES

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta es muy importante. El conocimiento de las diferentes áreas del desarrollo (principios del crecimiento físico, principios de maduración y principios del aprendizaje) nos ayudará a descubrir las formas en que cambia la conducta de un individuo, como pueden promoverse los cambios deseables y cómo es posible evitar los indeseables. No existe una única teoría que explique el desarrollo humano, ya que la conducta tiene muchas facetas que interaccionan unas con otras.

En general existen 3 factores que rigen la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente.

La madurez es la expresión de cómo el crecimiento y el desarrollo han capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza de forma gradual ya que se trata de un desarrollo progresivo. En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física, mental y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar; excepto dentro de límites estrechos; no puede evitarse. El comportamiento consecuencia del medio si puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades. Cuidados dentales puede ser una de sus necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera que sean condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia otras experiencias que forman la niñez; se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna. Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación.⁴

Tan solo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. 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 actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología. Hoy se puede afirmar que la clave para disfrutar del control de la conducta en odontopediatría depende en parte de conocer antes a los padres, sus expectativas, temores, incertidumbres. En cierto grado se trata de un terreno nuevo como ocurre también con el interés actual por el control de riesgos y el "consentimiento informado". Lo ideal es hablar con los padres del niño pequeño a quien se recibe en el consultorio, sobre todo si tal vez no concuerden con los métodos de control de conducta que se pudieran utilizarse. Lo que se necesita en estos casos es la capacidad de establecer un diálogo saludable.

Es primordial tener una buena relación entre el paciente niño, los padres y el odontólogo con el fin de establecer una comunicación. Enunciar las opciones y límites que se tienen es informativo para ellos y bueno para el clínico.

BIBLIOGRAFIA

1. R.J.Andlaw, W.P.Rock. Manual de odontopediatría. 4ªedición. Editorial M.C.Graw.Hill Interamericana;1999. 19-31.
2. Thomas K.Barber. Larry S.Luke. Odontología Pediátrica. Editorial El manual moderno, S.A. de C.V.; 1985. 42-59.
3. E. Barbería Leache. Odontopediatría. 2da edición. Editorial Masson; 2001. 115-137.
4. Darío Cárdenas Jaramillo. Odontología pediátrica. 3era edición. Editorial Corporación para investigadores biológicas; 2003. 1-27.
5. Ramón Castillo Mercado. Manual de odontología pediátrica. Actualidades Medico Odontológicas. Editorial Latinoamérica, C.A.; 1996. 21-41.
6. Joseph E. Chasteen. Principios de clínica odontológica. 2da edición. Editorial El manual moderno, S.A.; 1986. 3-18.
7. José Javier Echeverría García, El manual de odontología. Editorial Masson-Salvat Odontología series; 1994. 19-47.
8. S.B.Finn. Odontología Pediátrica. 4ta edición. Editorial Interamericana; 1976. 1-39.
9. Floyd Eddy Hogeboom, D.D.S., F.A.C.D. Odontología Infantil e higiene Odontológica. Editorial Unión tipográfica editorial hispano americana, 1976. 9-33.
10. Marita D.Kenna. Bernard A.Smith. Odontología pediátrica. 2da edición. Editorial Disinlimed C.A.; 1985. 107-125.
11. Koch/Modeer/Poulsen/Rasmussen. Odontopediatría Enfoque Clínico. Editorial Médica Panamericana; 1995. 40-49.
12. Ralph E. Mc Donald. David R. Avery. Odontología pediátrica y del adolescente. Sexta edición. Editorial Mosby/Doymar Libros; 1996. 25-39.
13. Rudolf P. Hotz. Odontopediatría odontológica para niños y adolescentes. Segunda edición. Editorial Panamericana; 1977. 746-767.
14. Pinkman. Odontología pediátrica. 3era edición. Editorial M.C.Graw.Hill Interamericana de España; 2001. 384-403.