

245
201



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. B. C. J.

**DESARROLLO PSICO-SOCIAL DEL NIÑO EN
ODONTOPEDIATRIA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

PERLA J. OSORNO MANZO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
MEXICO, D.F.

1993.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pag
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ASPECTOS GENERALES	
1.1 Concepto de Psicología	3
1.2 Concepto de la Odontopediatria	3
1.3 Fines de la Odontologia	4
1.4 Conceptos de la Odontopediatria preventiva y operatoria.	4
CAPITULO II	
CONCEPTO DE LA EVOLUCION	
2.1 Maduración	5
2.2 Desarrollo	5
2.3 Crecimiento	6
2.4 Aprendizaje	6
CAPITULO III	
LA PSICOLOGIA APLICADA A LA CONDUCTA INFANTIL	
3.1 Abordaje psicológico de las conductas de los niños	8
3.2 Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica	10
3.3 Clasificación de las conductas de los niños	11
3.4 Clasificación de la conducta de los niños en cuanto a su cooperación	12
3.5 Modificación de la conducta previamente a la cita	13
3.6 Fundamentos de la conducta dirigida	14
3.7 Conformación de la conducta	16
CAPITULO IV	
PSICOLOGIA DEL NIÑO	
4.1 Reacciones ó experiencias odontológicas	19
4.2 Comportamiento del niño	21
4.3 Naturaleza del miedo	22
4.4 Valor del miedo	23
4.5 Temores objetivos	23
4.6 Temores subjetivos	23
4.7 Miedo y crecimiento	25
4.8 Relaciones interpersonales	26

CAPITULO V

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

5.1	Ambiente en el consultorio	28
5.2	Paciente de primera vez	29
5.3	Paciente de emergencia	30
5.4	Comunicación con el niño y el padre	30
5.5	Historia clínica	31
5.6	Examen Radiográfico	33
5.7	Profilaxis y aplicación tópica de flúor	34

CAPITULO VI

MOTIVACION DENTAL

6.1	Comunicación con los niños	36
6.2	Condicionamiento por aversión	38
6.3	Uso, admiración, halagos sutiles, y recompensa	41
6.4	Dir, ver y enseñar	42
6.5	Control de C.D.	42

CAPITULO VII

COMPORTAMIENTO PARENTAL

7.1	Padres de los pacientes pediátricos	44
7.2	Extremos de comportamiento de los padres	45
7.3	Comportamiento de los padres en el consultorio odontológico	48
7.4	Separación padres-niños	50

	CONCLUSIONES	51
--	--------------	----

	BIBLIOGRAFIA	52
--	--------------	----

I N T R O D U C C I O N

El desarrollo de un niño con su medio ambiente lleva un acoplamiento tanto con él mismo como con todo lo que lo rodea.

"La familia es el objeto por el cual se transmiten al niño los valores y su conocimiento dentro de una comunidad" (1)

Es por esto que la familia es el grupo más importante dentro del desarrollo de la persona y de la sociedad, porque aquí es donde el individuo al nacer inicia un proceso de formación en los aspectos fundamentales de su personalidad, aspecto físico, biológico, y social.

Es muy importante saber en que ambiente familiar se desarrolla el niño, para así saber que tipo de educación recibe.

El primer medio que rodea al niño es el hogar, en el cual el niño recibe afectos, seguridad y ánimo sobre lo que habrá de cimentar su vida rodeando al niño de un ambiente físico, mental y moral saludable. El niño conserva siempre las ideas paternas acerca de los derechos, deberes y obligaciones, las bases de los hábitos actitudes y reacciones que se adquieren en los primeros años de vida.

"El ambiente familiar tiene una clara y decisiva influencia en la conducta del niño" (2)

Uno de los factores primordiales de interacción es el tipo de familia de ahí es la base para un buen desarrollo de padres e hijo.

La educación que los padres recibieron se refleja cuando educan a sus hijos. Influye su temperamento, hay padres tiranos, autoritarios, intransigentes, posesivos, de carácter nervioso o sentimental.

La presión que ejerce sobre ellos, el medio económico en que se desarrollan es de gran importancia para ellos.

Los padres debe de darse cuenta de que no nada más la alimentación es necesaria en el desarrollo del niño sino también lo es la disciplina y el cariño.

"El hombre está regido por una serie de normas que ordenan armónicamente la vida en común" (3)

El niño debe de tener ciertos derechos, no debe temer que se les expulse o se les abandone, ya que debe de vivir en un mundo que ha sido preparado para él. La educación en la familia, es imborrable en la mente del niño.

Es necesario una reflexión y un análisis de los padres de familia sobre las expectativas educativas que tienen en relación con sus hijos y con ellos mismos.

Es un hecho innegable que el medio social tiene una influencia definitiva en la educación de los niños, por ser esto el medio donde se desenvuelve nos concierne a todos ayudarlos en ese ambiente. Se comprenderá que el niño a medida que su pensamiento va evolucionando será más capaz de recibir las influencias del ambiente social, aceptándolos o rechazándolos.

(1) PEREZ, Fernández del Castillo, Cecilia. "Importancia de la familia en el desenvolvimiento de la personalidad del niño"

(2) GARCIA, Manzano, Emilio. "Biología, Psicología y Sociología del niño en edad preescolar".

(3) SOBERON, Hara Maria Cristina. "Influencia de los problemas de los padres sobre los hijos".

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 CONCEPTO DE LA PSICOLOGIA

La psicología proviene de dos voces griegas: psique, cuyo significado es alma y logos que quiere decir estudio o tratado, se conoce como una parte de la filosofía que trata del alma, de sus facultades y operaciones desde el punto de vista del conocimiento de la acción.

Resulta muy difícil establecer una definición exacta de la psicología, esto es debido a la vastedad de la misma y que sus objetivos. Las tendencias más actuales han decidido delimitar a la psicología como una ciencia de apoyo desde un plano muy particular con un enfoque preciso que comprende a está como la denominada " CIENCIA DE LA CONDUCTA " lo cual se ocupa exclusivamente de la conducta de los organismos, de su variedad y procesos de desarrollo.

La psicología ha dividido su conocimiento en áreas de estudio y aplicación, que no por ser diferentes, forman o constituyen una psicología parcial y ajena, y son: Psicología educativa, Psicología experimental, psicofisiología, Psicología clínica, Psicología social y del desarrollo.

Debemos tomar en cuenta que cada individuo es un ser único, irreplicable, con una personalidad particular que lo hace enfrentar y aceptar el mundo de un modo también particular. Es por seto que la psicología resulta ser de mucha utilidad para el Odontopediatría cuyo objetivo es tratar al niño tanto física como psicológicamente y comprender con la ayuda de seta ciencia los diferentes tipos de conductas por las que atraviesa el infante y poder dar un adecuado tratamiento tomando en cuenta tanto su estado buco-dental como emocional en que se encuentra el paciente.

1.2 CONCEPTO DE ODONTOPEDIATRIA

Se define como una rama de la odontología general, que se encarga del estudio del niño tanto física como psicológicamente, tratando de resolver sus problemas dentales actuales aplicando las medidas preventivas necesarias para conducirlo a un futuro de salud.

A esta especialidad también se le han dado otros nombre como son:

- Pediatría bucal
- Odontología pediátrica
- Paydodencia
- Odontopediatría
- Odontología infantil

Estos son los más comunes.

1.3 FINES DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

Entre los fines principales encontramos:

- 1) Inculcar al niño los hábitos de limpieza bucal, para mantenerlo en estado saludable,
- 2) Explicar la importancia que tiene el conservar los dientes primarios que proporcionan una función masticadora eficiente, manteniendo así un espacio apropiado para la erupción de los futuros dientes permanentes, contribuyendo con ello al desarrollo físico y mental del niño.
- 3) Prevenir y corregir cualquier hábito o condición que pueda influir en una futura mal conclusión.
- 4) Preservar los dientes permanentes.
- 5) Prevenir en lo posible la futura aparición de caries u otras condiciones indeseables, con todos los medios preventivos a su alcance.
- 6) Crear en el niño el sentido de cooperación y responsabilidad con respecto a su boca para que el mismo vele por ella.
- 7) Instruir a los padres para tener su completa cooperación
- 8) Evitar hasta donde sea posible el dolor del niño.
- 9) Conocer la estructura anatómica de las piezas dentarias para poder establecer las técnicas adecuadas y métodos ideales para la preparación de cavidades de las restauraciones adecuadas para cada caso en particular.

1.4 CONCEPTOS DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y OPERATORIA

- La odontología restauradora u operativa, es aquella que permite devolver la anatomía, fisiología, salud y estética de los dientes, cuando éstos han sufrido, caries, traumatismos, abrasión, etc.

- La odontología preventiva: es aquella que se encargará de evitar hasta donde le sea posible, que las estructuras dentarias se vean alteradas tanto en su estado funcional como integral, esta evitará el uso de la odontología restauradora.

CAPITULO II

CONCEPTO DE EVOLUCION

Evolución se considera como un proceso de cambio continuo y progresivo de un órgano u organismo por el cual éste se hace cada vez más complejo por diferenciación de sus partes.

Es todo cambio de estructura, tamaño función o externo. Aplicable tanto a la esfera somática como a la psíquica.

Los seres vivos están sujetos a la acción de fuerzas evolutivas y están en constante cambio, las especies actuales son el resultado de la evolución de especies que existieron en épocas pasadas.

La materia está en constante transformación y ha evolucionado en un sentido sea menor o mayor complejidad y organización.

La vida, desde sus formas más simples hasta las más complejas, no es otra cosa que una manifestación de esa evolución de la materia.

2.1 MADURACION

El hombre se encuentra en constante evolución, generalmente para progresar en el medio en que se encuentra y trata por todos los medios de adaptarse a este. Cuando se logra esta adaptación al medio se le llama maduración.

Si por lo contrario la evolución no dirige al individuo a un equilibrio con el medio ambiente que lo rodea, se tratará de un proceso regresivo, anormal o patológico.

La evolución se debe a dos factores importantes; uno es la herencia y el otro es la acción del medio ambiente.

2.2 DESARROLLO

El desarrollo se refiere a la función de las estructuras, los tejidos u órganos, los cuales conforme van creciendo, aumentan su función hasta llegar a una situación preestablecida.

El desarrollo se lleva a cabo cuando la maduración depende preponderadamente de factores hereditarios, es decir, cuando los cambios de forma, tamaño, estructura o función depende totalmente de la acción de la herencia. Y si existe al mismo tiempo un aumento de tamaño se estará llevando el proceso de crecimiento.

2.3 CRECIMIENTO

El crecimiento esta considerado como el aumento de volumen que van realizando las estructuras, los tejidos y órganos hasta llegar a tener una forma determinada.

El crecimiento y el desarrollo se dividen en: Herencia y Medio Ambiente.

Herencia: Son los cambios que sufre el organismo durante toda su vida.

Congénito: Es cualquier cambio de la estructura de la vida introuterina.

Adquirido: Es el cambio que se adquiere después del nacimiento.

La fecundación, es la introducción del gameto masculino con el gameto femenino dando lugar a la célula aploide original a partir de la cual, se inicia el desarrollo.

Desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento se divide en tres etapas:

- 1) Etapa de huevo: es desde la fecundación hasta el catorceavo día.
- 2) Etapa embrionaria: que va desde el catorceavo día al cincuenta y seisavo día, que viene a ser la formación de tejido y órgano.
- 3) Etapa fetal: que va desde el día cincuenta y seisavo hasta el nacimiento, viene a ser la maduración del organismo en general.

2.4 APRENDIZAJE

Cuando la maduración esta sujeta a la acción del medio el individuo obtiene un mejoramiento funcional en su adaptación a situaciones presentes, pasadas y futuras recibiendo el nombre de aprendizaje.

El aprendizaje en general es la ampliación y continuación bajo los estímulos ambiental de los procesos de crecimiento.

El niño en desarrollo puede considerarse, como un manojo de respuestas inter relacionadas en interacción con estímulos. Algunos de los estímulos proviene del medio externo, otros de la propia conducta del niño, y otras más de la estructura y funcionamiento biológico del niño.

El aprendizaje es un proceso irregular, con ascensos, periodos de indiferencia y, hasta periodos de descenso. Todo esto esta relacionado con los cambios ambientales y los estados psicológicos.

El Cirujano Dentista en el consultorio dental, como los padres dentro del hogar pueden darse cuenta de las irregularidades, hay momentos en los cuales los niños aprenden con mucha facilidad y

rapidez, o cumple con gran cantidad de labores, pero estos momentos pueden estar seguidos por otros que hacen muy poco o hasta parece retroceder. Lo mismo sucede con sus juegos, su comportamiento en la mesa, el habla, etc.

CAPITULO III

LA PSICOLOGIA APLICADA A LA CONDUCTA INFANTIL

3.1 ABORDAJE PSICOLOGICO DE LAS CONDUCTAS DE LOS NIÑOS

Los fundamentos para la práctica de la odontología para niños radican en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas. Por ello, si los objetivos profesionales son los de promover actitudes positivas hacia lo odontológico y mejorar la salud bucal de la sociedad, los niños son las claves del futuro.

Una diferencia principal entre el tratamiento de niños y de adultos es la relación. El tratamiento de adultos generalmente involucra una relación de uno-a-uno, es decir, una relación odontólogo-paciente. El tratamiento de los niños, en cambio, generalmente involucra una relación de uno-a-dos: odontólogo-paciente-niño-familia. En la figura 3-1 que ilustra esta relación, se ve el llamado triángulo del tratamiento odontopediátrico. Nótese que el niño está en el vértice superior del triángulo y que es el centro de atención tanto de la familia como del equipo odontológico. Aunque las actitudes de la madre demostraron que afectan las conductas del niño en el consultorio odontológico, los papeles de la familia han sufrido modificaciones y debe considerarse todo el medio familiar. Dado que continuamente ocurren cambios en cada personalidad, debe recordarse que hay una relación siempre cambiante, dinámica, entre los vértices del triángulo: el niño, la familia y el equipo odontológico.

El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas del desarrollo humano desde la concepción hasta la adultez. Comprende mucho más que el crecimiento físico, que muchas veces significa solamente un aumento de tamaño. El desarrollo implica un despliegue secuencial que puede comprender cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades.



Las flechas aplicadas en las líneas de comunicación nos recuerdan que ésta es recíproca. Relacionar la edad cronológica con las características de la personalidad a llevado a ciertas designaciones interesantes. Por ejemplo, de un niño de dos años desobediente se dice muchas veces que está el estadio de "los terribles dos". Los odontólogos se refieren a ellos muchas veces diciendo que se encuentran en la etapa "precooperadora". Desgraciadamente, esto ha llevado en algunos casos a considerar la edad del niño mas que sus capacidades como razón de su desobediencia.

DOS AÑOS

En conexión con las grandes capacidades motoras como el andar y saltar

Gusta de mirar y de tocar
Muy "pegado a los padres"
Juego solitario; rara vez comparte
Vocabulario limitado; principia la formación de frases
Se interesa en su capacidad de auto ayuda

TRES AÑOS

Menos egocéntrico; busca agradar
Imaginación muy activa; gusta de los cuentos
Sigue muy pegado a los padres

CUATRO AÑOS

Intenta imponerse
Participa en pequeños grupos sociales
Períodos de expansión y de logros
Muchas habilidades independientes de auto ayuda
Comprende, reconoce "gracias" y "por favor"

CINCO AÑOS

Período de consolidación; consulta; reflexiona, se precia de sus posesiones, abandona objetos de placer como mantas, succión, juega cooperativamente con sus pares

Algunos de los clásicos hitos del desarrollo se muestran en el cuadro . De estos hitos que van desde la lactancia hasta la niñez, se derivan dos especies de información: 1) La edad promedio en la cual un niño adquiere una habilidad en particular y 2) la gama normal de las edades en las cuales se adquiere determinada habilidad. Un principio general es que cuanto antes se presenta una habilidad determinada, más estrecha es la gama. Por otra parte, los sucesos del desarrollo tienden a ocurrir dentro de escalas de normalidad más amplias a medida que aumenta la edad.

El desarrollo intelectual es, posiblemente, el área estudiada más ampliamente, comenzado en los primeros años de este siglo con la obra de Alfred Binet. El método que este empleó cuantifica la capacidad mental en relación con la edad cronológica. Lleva al concepto de CI (cociente intelectual), que se determina mediante tareas que examinan la memoria, las relaciones espaciales, el razonamiento y una variedad de otras actitudes y destrezas mentales elementales. Mediante la determinación de la edad promedio requerida para realizar cada tarea, Binet derivó las tareas para cada edad. Esto permitía al examinador determinar la edad mental de un niño basándose en su desempeño.

Para los profesionales de la salud mental, considerar a los niños en términos de edad mental puede resultar muy útil.

La fórmula para el CI utilizada por Binet era la siguiente:

$$CI = \frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

El hecho que parezca que cada niño tiene un temperamento característico desde su más temprana edad ha sido sugerido por Freud y por Gensen e Ilg. En años recientes, sin embargo, algunos Psiquiatras y psicólogos destacaron la influencia del medio ambiente temprano de niño al discutir acerca del origen de la personalidad humana. Que la personalidad se desarrolle por "naturaleza" (influencia genética) o por la "crianza" (influencia del medio ambiente) se trata, en ambos casos, de viejas preguntas aún sin respuesta. Los investigadores llegaron a la conclusión que hay tres tipos generales de comportamiento. Uno de los tipos esta caracterizado por un humor positivo. Estos niños exhiben una regularidad en sus funciones orgánicas, de baja o moderada intensidad de reacciones, adaptabilidad y un abordaje positivo en lugar de rehuir las situaciones. Otra constelación de características describe a los "niños difíciles"; funciones orgánicas irregulares, reacciones intensas, tendencias a alejarse de nuevos estímulos y lentitud par adaptarse a cambios ambientales. El tercer tipo de niños pueden describirse como "lentos para calentarse". Típicamente, tienen bajo nivel de actividad, tienden a apartarse ante la exposición a nuevos estímulos, son lentos para adaptarse y de humor o talante algo negativo y responden con mucha lentitud.

3.2 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE SU ATENCION ODONTOLOGIA

Resulta axiomático que un niño temeroso o ansioso que supone que u visita al odontólogo será desagradable, probablemente tenga tal experiencia, en comparación con un niño con menor grado de temor o de ansiedad. La ansiedad y el temor afectan la conducta del niño y, en gran medida, determinan el éxito de una sesión odontológica. Las diversas escuelas psicológicas concuerdan en que la ansiedad es un rasgo de la personalidad, pero sus opiniones son diversas en cuanto al origen de ese rasgo. Por la misma razón, la odontología tiene cierta dificultad para poder identificar los estímulos que llevan a que se comporte mal en el consultorio, aunque se refirieron diversas variables de entre los antecedentes del niño.

Ansiedad maternal. En el pasado era costumbre de las madres, más que de los padres, acompañar a los niños al consultorio odontológico. Por esta razón, el efecto de la ansiedad materna sobre la visita del niño al odontólogo ha sido objeto de considerable atención en la literatura odontológica.

Los padres muy ansiosos tienden a afectar en forma negativa la conducta de sus hijos. Aunque los datos científicos revelan que los niños de toda edad pueden ser afectados por la ansiedad de su madre, el efecto es mayor en los menores de 4 años de edad. Esto podía

suponerse, dada la estrecha simbiosis niño - padres que comienzan en la lactancia y disminuye gradualmente.

El dolor pudo haber sido moderado o intenso, real o imaginario. Sea como fuere, los padres creen que las experiencias dolorosas en anteriores consultas médicas se relacionan de manera significativa con la conducta de sus hijos en el consultorio odontológico. El estudio también mostró que las experiencias quirúrgicas previas influyen negativamente sobre la conducta en la primera visita al odontólogo, no así en las visitas ulteriores.

El hecho puede ser resultado de la aprensión transmitida al hijo por e padre o la madre.

3.3 CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS

Se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico. La comprensión de éstos tiene un interés más que académico. El conocimiento de estos sistemas puede ser para el odontólogo una ventaja en más de un sentido: puede ayudarle en la orientación del método de abordaje, puede brindar un medio para registrar metódicamente la conducta y puede ayudar a evaluar la validez de las investigaciones actuales.

Una de las clasificaciones clínicas agrupa a los niños en tres categorías:

- Cooperadores.
- Con falta de capacidad para cooperar.
- Potencialmente cooperadores.

Al examinar a un niño, la conducta cooperadora del paciente se toma en cuenta porque es la clave para realizar el tratamiento. Los niños cooperadores están razonablemente relajados. Tienen un mínimo de aprensión. Pueden estar entusiasmados. Pueden ser tratados mediante un abordaje directo y adaptador de conductas. Cuando se hayan establecido las pautas de conducta, éstas transcurren dentro de lo previsto.

En contraste con el niño cooperador se halla el niño al que le falta la capacidad de cooperación. Esta categoría incluye a los niños muy pequeños con los cuales no se puede establecer comunicación y de los cuales no puede esperarse comprensión. A causa de su edad, no tienen la capacidad para cooperar. Otro grupo de niños que carece de capacidad para cooperar son aquellos que tienen estados específicos que los debilitan o discapacitan.

En forma característica, la denominación aplicada a los niños potencialmente cooperadores es la de niños con "problemas de conducta". Este tipo de conducta difiere de la de aquellos que carecen de la capacidad de cooperar, porque estos niños tienen la capacidad de actuar cooperando. Se trata de una diferencia importante. Cuando se caracteriza a una niño como potencialmente

cooperador, el juicio clínico es que la conducta del niño puede ser modificada; es decir, que puede tornarse cooperador.

La literatura odontológica está llena de descripciones de pacientes potencialmente cooperadores. Además, a las reacciones adversas se les ha puesto diferentes etiquetas como: descontrolados, desafiantes, tímidos, cooperadores tiesos y quejosos.

Escala Frnk1 de Clasificación de la Conducta. La escala divide a las conductas observadas en cuatro categorías, yendo desde la definitivamente positiva a la definitivamente negativa. A continuación se brinda una descripción de esa escala:

Tipo 1: Definitivamente negativa

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

Tipo 2: Negativo

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

Tipo 3: Positivo

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

Tipo 4: Definitivamente positiva

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

3.4 CLASIFICACION DE LA CONDUCTA DE LOS NIROS EN CUANTO A SU COOPERACION

Niño sociable.

Es un niño libre de problemas emocionales, se da a los demás y desde los dos años hasta el comienzo de la pubertad tiene deseos de relacionarse con quien se pone en contacto, la interacción se produce fácilmente, conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto al dentista y de lo que piensa realizar y de como lo hará, es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, generalmente son pertinentes y no están motivados por el temor o la angustia, a este niño se le pueden mostrar los instrumentos, como actúan y cual es su propósito todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con el niño. Además es un paciente colaborador aún en procedimientos dolorosos.

Niño muy activo.

Son niños de quien la madre se queja de que no puede controlar y se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta una intensa angustia, debido a que sus padres nunca le pusieron un límite y no sabe donde detenerse o que le esta permitido

hacer, sin límites se angustia y puede manifestar una hiperactividad, y podría aliviarse si se le fijará límites adecuados, su conducta en el consultorio es exploradora e investigadora siempre expresándose en tono alto y tocando todo. La conducta negativa de estos niños al imponerle límites jamás debe ser aprobada en el consultorio y los padres no deben estar durante el examen preliminar sino el niño utilizaría sus recursos para llamar la atención.

Niño angustiado y retraído.

Niños a los cuales se le somete a un examen con apenas algún gemido, son callados y complacientes nunca dan trabajo, sufren un alto grado de stress a lo largo de las etapas del tratamiento, es casi como si irradiaran miedo y preocupación, estas pueden ser debidas a experiencias previas con el odontólogo médico; pero con frecuencia puede ser debido al tipo de disciplina paterna. A estos pequeños debemos acercarnos cariñosamente y se debe conversar con él cada paso por realizar.

3.5 MODIFICACION DE LA CONDUCTA PREVIAMENTE A LA CITA

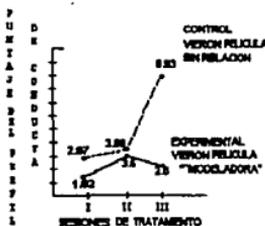
Los psicólogos desarrollaron muchas técnicas par modificar la conducta de los pacientes usando los principios de la teoría del aprendizaje. Estas técnicas se denominan modificación de la conducta. Por lo general están pensadas en conjunción con las relaciones intraoperatorias odontólogo-paciente. Sin embargo, la modificación de la conducta previamente a la cita tal como aquí se explica, se refiere a algo que se dice hace para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental. El mérito de esta estrategia es que prepara al paciente niño y facilita su introducción en la odontología. Ha recibido una gran atención a causa de que la primera visita odontológica es crucial en la formación de las actitudes del niño con respecto a la odontología. Si la primera visita resulta agradable, allana el camino para los éxitos futuros.

En años recientes se formularon varios métodos de modificación preoperatorio de la conducta con ayuda de medios audiovisuales.

Machen y Jhonson investigaron esta estrategia usando tres grupos de niños de 31 a 65 meses de edad sin experiencia odontológica previa. Uno de los grupos pasó por un procedimiento de sensibilización previa a la atención, viendo instrumentos odontológicos una semana antes de la visita para la atención. A otro grupo simplemente se le mostró un video de 11 minutos de duración que delineaba la conducta de un niño durante el tratamiento y después de él. Un tercer grupo de niños sirvió como control, no recibiendo preparación preoperatoria alguna. El estudio llegó a la conclusión de que los niños que recibieron cierto precondicionamiento fueron pacientes odontológicos más cooperadores.

Melamed y col., usando un grupo de niños de mayor edad (5 a 11 años), investigaron también el efecto de los modelos. Estos investigadores dividieron en dos grupos a los niños; un grupo vio una

película sin relación con el tema y el otro grupo vio una película con modelo (de conducta). Los resultados, que se resumen en la figura, concordaron con los hallazgos de la mayor parte de los demás investigadores: los modelos, en su estudio, benefician a los niños. La mayor parte de los estudios modeladores indicaron que hay méritos en la introducción de los niños a la odontología por estos medios, pero no todos los estudios mostraron una mejoría estadísticamente comprobada de la conducta de los niños.



3.6 FUNDAMENTOS DE LA CONDUCTA DIRIGIDA

La conducta o manejo de la conducta implica a todo el equipo odontológico. Por cierto, muchas asistentes dentales son invaluableles en cuanto a su trato con los niños. De allí que todo el personal tiene el compromiso de guiar al niño a través de su experiencia odontológica. Con el transcurso de los años, la dirección de la conducta ha significado cosas diferentes para distintas personas. Antes de empezar este siglo, McElroy describió: "Aunque la operatoria dental pueda ser perfecta, la sesión será un fracaso si el niño se va llorando". Esta fue la primera mención, en la literatura odontológica, de medición del fracaso de una determinada consulta por alguna otra cosa que no fuese la mera efectividad técnica. La odontopediatría progresó desde entonces y una definición adoptada actualmente es la siguiente:

La dirección o manejo de la conducta es el medio por el cual el equipo odontológico realiza efectiva y eficazmente el tratamiento de un niño y, al mismo tiempo, le infunde una actitud positiva hacia la odontología.

Efectivamente, en esta definición se refiere que se brindará una atención odontológica de alta calidad. El tratamiento eficiente es en la actualidad imprescindible en la práctica privada. Aunque la introducción a la odontología debe ser suave y con la mayor facilidad, la odontología por cuadrantes o tal vez por "mitad de la boca" utilizando personal auxiliar es vital para ofrecer servicio eficiente a los niños. Finalmente, el desarrollo de actitudes positivas en los niños es parte integral de esta definición. En el pasado la mayoría de los profesionales consideraba como regla de tratamiento "finalizar el trabajo".

Lo omitido en la definición de dirección de la conducta también es interesante. No se menciona ninguna técnica o modalidad específica de tratamiento. La definición permite ejercer la individualidad. Lo esencial en el tema y el desafío para el profesional es satisfacer los elementos de la definición tan frecuente y seguramente como sea posible, para cada niño en atención odontológica.

Aunque se han desarrollado varios métodos de dirección de pacientes odontopediátricos en el transcurso de los años, ciertas prácticas y conceptos siguen siendo fundamentales para el buen manejo de la conducta. Estas son básicas para establecer buenas relaciones entre el equipo profesional y el niño. Estas prácticas aumentan las posibilidades de éxito al tratar niños. Deben ser consideradas como invioladas. Los siguientes principios de manejo de la conducta se centran alrededor de la actitud e integridad de todo el equipo odontológico.

El abordaje positivo. Hay consejo general en que la actitud o las expectativas del odontólogo pueden afectar el resultado de una sesión odontológica. El niño responderá con el tipo de actitud esperada. En esencia, el niño cumple con las profecías del odontólogo. Estas afirmaciones positivas aumentan las posibilidades de éxito con los niños. Son más efectivas que las preguntas o indicaciones irreflexivas. Para obtener éxito con los niños, es importante anticipar ese éxito.

La actitud del equipo. Los factores de personalidad, como la calidez y el interés, pueden transmitirse sin necesidad de hablar y son críticos al tratar con niños. Una sonrisa amable dice al niño que el adulto lo cuida. Al ser los niños informales, responden mejor a una actitud natural y amistosa, que pueden transmitirse de inmediato al niño mediante el saludo casual. Puede hacerse que los niños se sientan cómodos llamándolos por su sobrenombre, que se habrá registrado en la historia obtenida de los padres. El conocimiento de las actividades extra escolares del niño, como la pertenencia a los scouts, los deportes que practica y otros hobbies, ayudan a iniciar futuras conversaciones, demostrando una actitud amistosa y cariñosa al niño.

Organización. El proyecto del consultorio odontológico tienen muchas dimensiones, comenzando, por ejemplo, con el área de recepción. ¿Quién recibe al nuevo paciente? ¿El odontólogo? la asistente dental, la higienista dental o la recepcionista? Si un niño crea algún problema en el área de recepción, ¿quién tratará de resolverlo? Cada consultorio odontológico debe tener su propio programa para contingencias, y todo el personal debe conocer con antelación qué se espera de ellos y qué deben hacer. Tales programas son una característica clave en muchos consultorio odontopediátricos porque aumentan la eficiencia y contribuyen a la s buenas relaciones niño-personal del equipo asistencial. También se debe disponer de un plan de tratamiento escrito, bien organizado y disponible para todo el equipo odontológico. Las demoras e indecisiones pueden crear aprensión en el niño.

Veracidad. A diferencia de los adultos, la mayor parte de los niños ve las cosas como "blancas" o "negras". Los tonos entre esos extremos les son difíciles de discernir. Para los niños, el equipo odontológico asistencial será veraz o no. Como la veracidad es extremadamente importante para generar confianza, es una regla fundamental para tratar con niños.

Tolerancia. Concepto rara vez discutido, el nivel de tolerancia varía de una persona a otra. Se refiere a la capacidad del odontólogo para enfrentar racionalmente la mala conducta manteniendo la compostura. El reconocimiento de los niveles de tolerancia es muy importante al tratar con niños. Así como varían de una a otra persona, también fluctúan en un mismo individuo. Por ejemplo, un suceso desagradable en el hogar puede afectar el talante del clínico en su consultorio.

Algunas personas se hallan en mejor estado de ánimo por la mañana, otras van mejorando a medida que avanza el día. En consecuencia, los profesionales tipo "de tarde" deben instruir a sus recepcionistas para que concerten citas con pacientes con problemas de conducta por la mañana temprano. Aprender a reconocer los factores que exigen niveles de tolerancia muy altos es otro punto fundamental, pues evita la pérdida de autocontrol.

Flexibilidad. Dado que los niños son niños y les falta madurez, el equipo asistencial deberá estar preparado para cambiar a veces sus planes. Un niño puede comenzar a inquietarse o retorcerse en el sillón después de media hora y el tratamiento propuesto deberá ser acortado. Por otra parte, el odontólogo puede haber planificado una protección pulpar indirecta temporaria, pero al tratar al niño "difícil" puede tener que alterar el plan haciendo el tratamiento en una sola sesión.

Muchos odontólogos, siguiendo técnicas aceptadas de odontología a cuatro manos, trabajan en la posición de hora 11 o de hora 12. Los niños pequeños pueden requerir un cambio en la posición de trabajo. Por eso el equipo asistencial debe ser flexible.

3.7 CONFORMACION DE LA CONDUCTA

La conformación o regulación de la conducta es una técnica no farmacológica habitual. Es una forma de modificación de la conducta; en consecuencia, se basa en los principios establecidos del aprendizaje social. Por definición, es el procedimiento que desarrolla muy lentamente la conducta por el refuerzo de sucesivas aproximaciones a la conducta deseada, hasta que la conducta deseada se presenta. Los propulsores de la teoría sostienen que la mayor parte de la conducta es aprendida y que el aprendizaje es el estímulo y una respuesta. Por esta razón, muchas veces se la llama teoría del estímulo y la respuesta (E.R).

Al conformar la conducta, la asistente dental o el odontólogo enseñan al niño cómo conducirse. Los niños pequeños son enseñados por estos procedimientos paso a paso. Deben ser comunicativos y

cooperadores para absorber la información que puede ser compleja para ellos. El siguiente es un bosquejo de un modelo de conformación de la conducta:

1) Establezca desde el principio el objetivo general para ese niño

2) Explique la necesidad del procedimiento. Un niño que comprende las razones es más probable que colabore

3) Divida la explicación del procedimiento. Los niños no siempre pueden comprender todo el procedimiento con una explicación única; en consecuencia, serán llevados con lentitud a través del procedimiento.

4) Haga todas las explicaciones al nivel de comprensión del niño. Incluya el uso apropiado de eufemismos.

5) Use aproximaciones sucesivas. Hace casi tres décadas, Addeleston formalizó una técnica que comprende varios conceptos de la teoría del aprendizaje. Se denominó técnica diga-muestre-haga (DMH). Desde su introducción, en 1959, permaneció como piedra angular de la dirección de la conducta. DMH es una serie de aproximaciones sucesivas. Es un componente de la conformación de la conducta que debe ser usado como rutina por todos los miembros del equipo odontológico que trabaja con niños. Las asistentes dentales, higienistas dentales y odontólogos deben demostrar los diversos instrumentos, paso a paso, antes de su aplicación, ya sea diciendo, mostrando o haciendo. Cuando el odontólogo trabaja en la boca, se deberá mostrar al niño todo lo posible del procedimiento. Sólo cuando el niño tenga esta visión es que las aproximaciones sucesivas se estarán haciendo correctamente.

6) Refuerce la conducta apropiada. Sea tan específico como sea posible, porque el refuerzo específico es más efectivo que uno generalizado. Esta advertencia es sustentada por la investigación clínica de Weinstein y col., que estudiaron las respuestas de los odontólogos a la conducta de los niños y hallaron que los refuerzos inmediatos y específicos eran seguidos más coherentemente por reducciones en las conductas infantiles relacionadas con el miedo.

7) Haga caso omiso de las conductas inapropiadas de menor importancia. Al ignorar esas muestras menores de mala conducta, tenderán a extinguirse por sí mismas al no reforzarlas.

La conformación de la conducta se considera como un modelo de aprendizaje. Una regla general acerca de los modelos de aprendizaje es que los modelos de aprendizaje más eficaces son aquellos que siguen con mayor justeza el modelo de la teoría del aprendizaje. Las desviaciones del modelo crean una menor eficiencia en términos de aprendizaje. Una forma de mejorar la coherencia en esta área consiste en registrar diversas sesiones clínicas con pacientes niños, usando un videograbador y luego repasar lo filmado, teniendo en mente los fundamentos del modelo de aprendizaje para la conformación de la conducta.

Aunque la DMH es similar a la conformación de la conducta, hay diferencias entre ambas. Con igual exigencia de refuerzo de la conducta cooperadora, la regulación de la conducta también incluye la necesidad de reformular los pasos si ocurre algún mal comportamiento. Por ejemplo, si se muestra al niño un instrumento y el niño aparta la mirada, el odontólogo debe revertir la parte explicativa del procedimiento. La regulación de la conducta requiere que la "conducta deseada" se observada continuamente. Si el odontólogo procede con el tratamiento, hay una desviación del modelo de aprendizaje y será más probable que haya mal comportamiento.

CAPITULO IV

PSICOLOGIA DEL NIÑO

4.1 REACCIONES A EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS

El odontopediatra que trata con los niños se da cuenta rápidamente que los niños no siempre demuestran una reacción definida o única, en ocasiones puede darse una combinación varias reacciones; y el Cirujano Dentista debe tener la capacidad de diagnosticar la reacción con rapidez.

Entre las reacciones más importantes a las experiencias odontológicas que pueden presentar los niños tenemos: el temor, ansiedad, resistencia, timidez, llanto, reacciones a la primera visita, reacciones a la inyección y reacciones a la exodoncia.

El temor es una de las emociones que más frecuencia se presenta en los niños y su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

Los niños parecen tener ciertos temores naturales tales como los asociados con la inseguridad o a la amenaza de inseguridad, en el manejo de este tipo de niños, el odontólogo debe procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de este. El odontólogo debe platicar con el paciente para encontrar la causa de su temor.

No es recomendable aplazar el tratamiento de un niño miedoso con la esperanza de que pueda superar el temor al tratamiento dental y sea más cooperativo.

La ansiedad se presenta en casi todos los niños, siendo más común en el niño preescolar, ya que temen hacia lo desconocido y al hecho de tener que separarse de su madre.

Los niños son capaces de responder a cualquier situación de stress, incluyendo procesos deseados emocionales y mentales estos pueden ser estimulados por sucesos externos del medio ambiente o por conflictos internos del individuo.

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

La resistencia es una manifestación, inseguridad o ansiedad y de hecho el niño se revela contra el miedo, y no desea adoptarse a una situación, puede haber rabietas o golpearse la cabeza.

Cuando el niño se rehusa a desarrollarse se dice que se un estado regresivo, y el niño no desea hablar ni dejar sus hábitos de juego infantiles, moja la cama, etc.

La reacción es otra manifestación de ansiedad, y el niño se rehusa a los juegos colectivos y a platicar con desconocidos y para

el Odontólogo resulta difícil comunicarse con estos pacientes, ya que se sienten agredidos con facilidad y llora constantemente.

Otra reacción es la timidez y se presenta en ocasiones en pacientes de primera vez. Cuando el niño tiene muy poca vida social.

Cuando se presenta un paciente tímido se debe permitir que sea acompañado por otro paciente que este bien adaptado, esto es para que gane confianza en sí mismo y en el odontólogo. La timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen con exceso.

Llanto. - frecuentemente los niños lloran mientras están en el sillón dental.

Existen diferentes tipos de llanto según Elsbach; y son: llanto abstinado, llanto de temor, llanto por daño y llanto compensatorio.

El Cirujano Dentista debe ser capaz de diferenciar estos tipos de llanto a fin de responder adecuadamente al niño. El llanto abstinado es fuerte y agudo, generalmente es un berrinche para impedir el tratamiento odontológico. El llanto por temor está acompañado por lágrimas y sollozos convulsivos.

El llanto por daño puede ser fuerte, acompañado de un pequeño lloriqueo, y el niño dirá voluntariamente que le duele.

El llanto compensatorio es un zumbido monótono que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa y el odontólogo debe permitirlo ya que se un escape a la ansiedad experimental para el niño.

Reacciones a la primera vista.- en este caso se recomienda que no sea después de los 3 ó 4 años. En esta primera visita sólo se realiza un examen de evaluación radiográfica y profilaxis.

Esto es aceptado por la mayoría de los niños. Una conducta no cooperadora puede presentarse al separar al niño de su madre o el temor a la radiografías.

Cuando el niño sabe que tiene un problema dental que requiere tratamiento puede no cooperar adecuadamente, cuando no sabe de su problema y piensa que solo se le va a realizar un solo examen y una limpieza de su boca puede ser más cooperador.

Reacciones a la inyección.- La inyección de anestésicos locales produce una incidencia más alta de la conducta interrumpida en los niños, es cuando se presenta más frecuentemente una conducta no cooperadora para el tratamiento, esto se debe a que durante la fase de inyección se presenta un estado más alto de ansiedad en comparación con otras fases.

Reacciones a la exodoncia.- La extracción de una pieza dental en un niño es uno de los procedimientos que provocan ansiedad.

Las reacciones que presentan los niños durante la extracción y posteriormente a ella varían, puede presentar regresión en su

conducta, llanto, evitar hablar después de la extracción y es casi imposible presentar una conducta aceptable.

4.2 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño esta regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el acondicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de los 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 bien 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 emocionales y físicos dependerá que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o que lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que hallan sido 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 toda su cooperación. Tan solo para obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional de los niños y de sus padres. Si no comprende esto, le resultara difícil manejar niños. El dentista tiene que reconocer que esta vinculando emocionalmente a sus pacientes, y para manejar con éxito debe estar conciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportancia hacia la odontología. Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no esta utilizando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Antes que el dentista este en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y estar conciente como la actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidad y como se desarrollan ansiedades. debe tener también diplomacia y tacto para transmitir esa información a los padres de manera profesional y adecuada. Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en periodos, de tiempo muy pequeños.

Puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de si mismo, mientras que a los 4 o 4 1/2 puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar. El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico esta generalmente motivado por los deseos de evitar lo desagradable y lo doloroso, y lo que el puede interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por los

impulsos, el miedo en dolor puede manifestarse en una conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con no saber que existen pocas razones para asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agrandar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un medio insoportable al dolor. El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esa actitud, a veces incluso es difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Puesto que el medio proviene de un nivel cerebral que la razón, se comprende que se manifieste con base mas emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede manifestar basandose en la razón tan solo. Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño. Su lógica se basa totalmente en sentimientos. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio.

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 la cual la gente descuida en tratamiento dental. Pro esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera el que las influencias de los padres y el miedo actúan para dar pacientes infantiles buenos y malos. El miedo es una de las principales preocupaciones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta esta presente al nacer y se puede mostrar antes del nacimiento reacciones reflejos a estímulos. El lactante no esta conciente 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 producen el miedo.

Puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por el miedo de huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificara su miedo. El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical. Esto lo ilustra muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal decorticado. Sin embargo, en el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que con su corte altamente desarrollado. Puede hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación. En los niños de corta edad, demasiado jóvenes para racionalizar mucho, se produce un comportamiento que es fácil de controlar. En muchos aspectos, el niño se comporta de manera primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella.

Trata de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por que, no es muy eficaz. Puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional, las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces. Cuando el niño esta en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, por que el niño no puede evitar el sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina la razón y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerle.

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 dar 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.

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.

4.5 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.

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

El miedo también hace descontrolar el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

4.6 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 de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación

desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida le producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a un situación que temen sea dolorosa. La influencia de los padres es de importancia vital en la actitud del niño hacia la odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Frecuentemente, los niños se identifican con sus padres. Si el padre está triste, el niño se siente igual. Si el padre muestra miedo, el niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Generalmente, mientras más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores. La eficacia de estas influencias dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las personas y cosas. Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que llegan a la irracionalidad. Los temores mas profundos los inspiraban objetos o acontecimientos imaginario. A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven mas intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

La intensidad de los temores de los niños varia. El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que todos los temores que manifiestan los niños son genuinos.

4.7 MIEDO Y CRECIMIENTO

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

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

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos.

La posible relación que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño, y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener más importancia que la que se le concedía anteriormente.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación, responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. Lo que asusta a un niño a los 2 años de edad puede no hacerlo cuando tenga 6. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño.

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.

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo.

A los 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores, y de 4 a 6 años disminuyen gradualmente los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños.

El miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los 2 y 3 años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños.

La disminución de temores puede deberse a: a) darse cuenta de que no hay nada que temer, b) presiones sociales que le fuerce a ocultar su miedo, c) imitación social, y 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 y aventurero y actitudes amistosas.

A esta edad, el niño está desarrollando miedo a su propia conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres. Lo "sí" y los "no" se vuelven parte de él y pueden llevarle a estados de ansiedad, si la disciplina ha sido defectuosa, o pueden conducirle a buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

De los 4 a 6 años el niño entra en un periodo de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y de deseo de hacer lo que se le pide. A medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este periodo tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismo de protección. Sirve como amortiguador de problemas emocionales.

Cuando el niño llega a la 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. Solo unos cuantos conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor. Está desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que le rodea. El ego del niño alcanza su cenit cuando llega a edad escolar.

A los 7 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 está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, por que el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando.

De 8 a 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes problemas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se encuentra. Desarrolla considerable control emocional.

Los adolescentes, especialmente las jóvenes, empiezan a preocuparse por su aspecto. A todas les gustaría ser lo más atractivas posible.

4.8 RELACIONES INTERPERSONALES

Cada niño reaccionará al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del medio y en su herencia, puesto que en la formación de personalidad básica, intervienen factores hereditarios.

Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales.

Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. 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. El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos, y si los padres no le proporcionan estos modelos necesarios, puede adquirir otros menos convenientes por otro lado. Pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro.

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. Le da confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. La disciplina, por otro lado, indica, al niño hasta dónde puede llegar. Impone límites los con fines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre. 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 producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad. La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consistente y cariñosa es muy preferible a la rígida, inconsistente o punitiva.

Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.

CAPITULO V

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Para el manejo de los niños debemos tomar en cuenta su estado psicológico y su estado de adaptación.

Estado psicológico.- se refiere a las circunstancias internas del NIÑO (carácter).

Estado de adaptación.- es la relación con el medio ambiente.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después, ya que esta no ayuda a eliminar el miedo. Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños, los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva mas familiar y tal vez disminuyan temores o necesidades futuras de huir.

No es conveniente mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño Para que por vergüenza se porte bien en el consultorio. El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al NIÑO, y de ello puede resultar un aumento de aversión al cirujano dentista y tratamientos dentales.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sea minimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

5.1 AMBIENTE EN EL CONSULTORIO

El ambiente total creado para el niño en el consultorio del Odontólogo, es una consideración extremadamente importante y debe dársele suficiente reflexión para lograr la atmosfera mas placentera posible. La apariencia general del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico, y al mismo tiempo cuidar de los gustos y confort del paciente adulto.

Numerosos signos externos pueden utilizarse para demostrar este interés por el paciente infantil, por ejemplo, un rincón pediátrico en la sala de espera como el que podrian ser una sala de juegos. Los colores solidos brillantes establecen para el niño una sensación agradable de pertenencia. Los cuadros, tapiz o el aspecto de las paredes, los muebles y otras decoraciones proporcionan cordialidad y personalidad.

Deberá disponerse de material de lectura bastante amplio para el niño. Los juguetes y otros objetos de interés para los pacientes mas pequeños, contribuirán a crear un ambiente favorable y familiar.

La música es uno de los factores mas importantes para lograr relajamiento en el consultorio. Deberá elegirse el tipo de música adecuada.

El consultorio Deberá tener un sitio adecuado para enseñar las técnicas de higiene bucal, el cual debe de tener un lavabo adecuado para niños un espejo par a las técnicas de cepillado.

La sala de operaciones puede hacérsele mas atractiva la niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre riendose es siempre bueno.

5.2 PACIENTE DE PRIMERA VEZ

La edad recomendable par ala primera visita al Odontólogo es a los 3 ó 4 años de edad.

Se debe reservar las primeras horas de la mañana par los niños mas pequeños. Los padres casi siempre cooperan trayendo a sus hijos en el momento sugerido si el Odontólogo le explica que los pequeños son mas capaces de aceptar temprano el tratamiento que si llegan cuando están cansados.

Para los niños poco cooperativos se debe tomar en cuenta la ultima sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio este libre de otros pacientes que pudiera resultar influidos por una perturbación.

La mayoría de los niños aceptan con facilidad su primer examen bucal, la limpieza y el tratamiento tópico de fluoruro.

La impresión que el niño obtenga resultara el mejor o peor paciente. En el aspecto propiamente psicológico de la primera visita, el Odontólogo debe empezar como se menciona anteriormente por el examen medico, que ademas de brindar una seguridad, es un motivo de toma de contacto con el niño. Ademas debe incluir el estudio psicológico del niño.

Primero de debe ver al niño en compañía de sus padres para que estos expongan el motivo de la consulta, posteriormente podemos tratar por separado con el padre y después con el niño. Con los datos familiares podemos definir las condiciones de vida obteniendo un primer acercamiento psicológico de las personalidades materna y paternas logrando así entenderla personalidad del niño.

Si el Odontólogo comprende que el niño respondera normalmente excluire la presencia de los padres, y empezara a manejar lo de manera natural y dando confianza de acuerdo con el. De esta forma podria darse cuenta que tipo de niño es, ademas de entrever la conducta y disciplinas que se guardan y se establecen en su hogar.

5.3 PACIENTE DE EMERGENCIA

La introducción de este tipo de pacientes al consultorio dental, es un tanto difícil, por el estado nervioso en que se encuentra, por lo cual el C. D. tendrá que introducirlo en una forma rápida y precisa.

Antes de cualquier explicación previa a su tratamiento, se tratara de hacer algún tratamiento paliativo que alivie su malestar.

Después de que el Cirujano Dentista haya procedido de dicha manera y que el niño se encuentre mas calmado y tranquilo puede que el C. D. tratar de hacer que el niño confié en él, y si el tratamiento paliativo del niño dio resultado, el dentista tendrá una amplia ventaja para lograr que el niño confié en él y coopere en su tratamiento.

En la siguiente cita el Odontólogo tratara de hacerle entender la importancia de su tratamiento, haciéndole ver que si no sigue el consejo anterior tendrá las mismas molestias que le obligaron a asistir al consultorio dental.

La frecuencia con que se presentan al consultorio dental estas cosas en numerosa, por lo tanto el dentista se ve obligado a hacer tratamientos que solo curen o alivien la molestia de esos momentos.

Los principales casos son aquellos como abscesos alveolares agudo o crónico. fracturas parciales o totales de dientes, gingivitis por la mala higiene bucal, infección aguda por virus del herpes simple.

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

El dolor experimentado la noche anterior puede haber ocurrido una semana, un mes o un año atrás. El niño no se preocupa como el adulto, porque el dolor pueda volver en la noche. El Odontólogo que provoque un nuevo dolor, se convertira en un villano. No obstante el niño con dolor suele estar muy dispuesto a permitir que el Odontólogo intervenga para librarlo de ese malestar.

5.4 COMUNICACION CON EL NIÑO Y EL PADRE

En la primera visita al Odontólogo es útil que uno de los padres acompañe al niño, ya que nos puede proporcionar información valiosa que ayude en el examen. Se le debe preguntar a la madre o al padre si hay algo que les preocupe en particular respecto a la boca de su hijo. Se aconseja darles tiempo para cualquier expresarse y para contar una breve historia de toda atención dental previa.

Es preciso ganarse la confianza y ala atención del niño y expresarse en el lenguaje que se pueda comprender. Es importante que al hablar su haga con lentitud y claridad.

De este modo el niño podrá seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de una por vez. Para evitar cualquier presión en esta charla se explicará el manejo de los instrumentos empleados usando términos que sean comprensibles para el niño. Es conveniente que en la atención de primera vez no se tenga nada en la platina, y se debe examinar separando los labios con los dedos e inspeccionando los dientes a simple vista. Posteriormente ya se usará el espejo y el explorador.

Es aconsejable describir de una manera breve a los padres lo que se observa en la boca del niño. Se debe explicar que los problemas dentales encontrados y el plan de tratamiento será efectuado en una visita posterior, después es de haber completado todos los datos.

En el momento de hablar con los padres se hará de una manera clara y expresándole en un tono natural y modulado y se conversará de una manera eficiente y sin apuros. La indecisión, las respuestas abruptas, el atolondramiento y las contestaciones confusas, provocarán un rechazo paterno hacia el Odontólogo y sentirá que le han brindado un mal servicio a su hijo.

En el caso del niño, si se le habla demasiado se confundirá y le producirá desconfianza y aprensión. Se debe utilizar palabras que le sean comunes en los niños de la edad del paciente. Al conversar con el niño, se debe elegir temas y situaciones que él sea familiar; si por ejemplo, se habla de fútbol con un niño pequeño, no se discutirán las reglas complicadas del juego, es mejor charlar de experiencias del niño en el campo de juego. Se debe permitir que el niño lleve la conversación. En el caso de que el niño sea muy pequeño será conveniente añadir algo de fantasía para dar mayor interés a la conversación. No es conveniente hablarles como si fueran más pequeños de lo que en realidad son, ya que esto es una ofensa mayor que si se les habla como si fueran mayores. No hay que utilizar palabras de bebé en niños de 4 o 5 años. Generalmente se sienten halagados si se les considera mayores de lo que son, no hay que subestimarlos y se les debe hablar de algo que les interese y les resulte agradable.

5.5 HISTORIA CLINICA

Es de suma importancia en cualquier tipo de paciente obtener una historia CLINICA del paciente, lo más completa y significativa posible, esto nos evitará dificultades durante el tratamiento dental. El Odontólogo deberá tomar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente. Si este mal es una urgencia, el paciente deberá recibir un tratamiento de naturaleza paliativa o correctora durante esta primera visita.

Se debe preguntar si el niño recibe exámenes médicos regulares, así como el nombre y dirección de su médico. Si el niño ha sido recomendado por un pediatra deberá consultarse e con este último antes de empezar el tratamiento. El registro deberá ser complementado con la fecha y firma de la persona que da la información así como su relación con el paciente.

La historia clínica también debe contener los datos personales del niño y sus padres (nombre, edad, etc.), así como una descripción del síntoma o síntomas actuales. Se debe realizar de tal forma que sea una conversación que un interrogatorio.

Una H. C. completa incluye:

HISTORIA FAMILIAR

Esta parte de la historia nos sirve para obtener información acerca de la situación social del niño y un trasfondo familiar, condiciones de vivienda , profesión de los padres, tipo de alimentación e higiene.

HISTORIA MEDICA

Por medio de este punto nos enteramos del estado general de salud y desarrollo del niño, así como también tendremos información sobre cualquier enfermedad de importancia, es conveniente solicitar una consulta con el medico del niño.

HISTORIA DENTAL

Se debe revisar las experiencias del niño en servicios dentales, el tipo de tratamiento que recibía y cual ha sido su aceptación a la terapéutica dental, constituye una información importante que nos permite evaluar la conducta del niño en la situación dental.

Hay que identificar todos los factores de interés para la salud del paciente pediátrico, tales como los hábitos de higiene oral cotidiana, hábitos dietéticos, y hábitos de succión.

La historia del caso también persigue la identificación de la etimología de afecciones raras como: caries rampante, atrición atípica, recesión gingival, etc., observadas durante la breve inspección inicial.

EXPLORACION CLINICA

Aspectos Generales

La exploración clínica comienza en que el niño entra en la consulta dental. A partir de entonces el Cirujano Dentista debe de tomar nota de cualquier deformidad o limitación física, las reacciones emocionales frente al ambiente dental, se puede observar el grado de madurez y rasgos de personalidad del niño. Las observaciones sobre el desarrollo del lenguaje son importantes para determinar hasta que punto el Cirujano Dentista puede aprovechar la comunicación verbal de su paciente.

Exploración de la cabeza y cuello

Esta parte tiene como objeto detectar cualquier asimetría aumento de volumen o defectos en la piel y labios; hay que examinar la calidad del cabello, superficie y color de la piel, diagnóstico de posibles trastornos en el desarrollo, hay que examinar la relación de los maxilares y desviaciones en apertura y cierre.

EXPLORACION INTRAORAL

Comienza con la EXPLORACION de la mucosa oral, empezando por la parte interior de los labios, hasta la mucosa interior de las mejillas incluidas también los surcos alveolares superior e inferior, seguimos con el paladar, piso de la boca y lengua. La EXPLORACION se debe hacer también por palpación, para probar la presencia de ulceraciones, cambios de color, zonas hinchadas o retracción gingival que indique un proceso patológico introradicular.

También debemos observar si los tejidos periodontales presentan alteraciones inflamatorias.

En la exploración de los dientes se observó la morfología, color, número y estructura superficial. En caso de lesiones traumáticas es preciso valorar el color, la translucidez del diente lesionado mediante luz reflejada y luz transmitida ya que con frecuencia el cambio de color indica una afección pulpar.

Se debe observar si existen lesiones cariosas iniciales, así como las obturaciones, buscando zonas sobre sellantes, roturas marginales, etc.

Finalmente hay que comprobar si el paciente presenta mala oclusión, además de desviación en el desarrollo dentario, oclusión de ambas arcadas y alteraciones especiales.

Exploración Radiográfica

La radiografía es muy importante para un mejor diagnóstico, nos ayuda a determinar lesiones cariosas, lesiones periapicales, anomalías, aberraciones del desarrollo, secuelas de lesiones traumáticas, endodencias, estimación de la edad, trastornos maxilofaciales etc.

5.6 EXAMEN RADIOGRAFICO

Dependiendo de la edad, tamaño de la boca y cooperación del niño, se seleccionará la técnica radiográfica adecuada, la cual deberá con un mínimo de películas, el menor tiempo posible y la obtención de un examen adecuado de los dientes y estructuras contiguas.

La mayoría de los niños aceptan el tratamiento radiográfico si se les trata con calidez y buen ánimo. Es importante saludarlos de

manera íntima, dirigirse a ellos por su primer nombre o aún por su sobrenombre; así como establecer una conversación agradable al niño.

El equipo de Rayos X puede generar curiosidad o provocar miedo, dependiendo en cada niño.

Se le debe permitir al niño tocar la cabeza del aparato, que oprima el botón y que haga todo aquello que pueda hacerlo entrar en confianza. Se le debe mostrar una de las películas y enseñarle donde debe sostenerse. También hay que mostrarle el zumbido del aparato antes de comenzar con las radiografías. Se aconseja comenzar con la toma radiografías por las zonas fáciles de radiografiar. Esto es importante en particular si el niño tiene un reflejo de vómito. Para estos pacientes son de beneficio las anestésicos tópicos.

Aún cuando el niño se rehuse a cooperar después de repetidos intentos de comunicación de parte del C.D. la mayoría de los niños permitirá que el radiólogo obtenga radiografías laterales de los maxilares, aún cuando se rehuse a las bucales, y el radiólogo no debe permitir jamás que el paciente piense que ha fallado.

EDAD	No de Radiografías
1 a 3 años	2 oclusales
3 a 4 años	2 oclusales, 2 de aleta mordible
4 a 6 años	2 oclusales, 2 de aleta mordible 4 periapicales
6 a 11 años	2 oclusales, 2 de aleta mordible 8 periapicales
12 en adelante	2 aleta mordible y 14 periapicales

5.7 PROFILAXIS Y APLICACION TOPICA DE FLUOR

Quando nos encontramos con un niño muy aprensivo o pequeño, se aconseja comenzar el tratamiento dental con una profilaxis y una aplicación de FLUOR. Esto nos ayudará para que el niño comience a tenernos confianza y acepte más fácilmente el tratamiento.

La profilaxis consiste en la limpieza de todas las superficies dentales utilizando una pasta no abrasiva ayudándonos con el motor de baja velocidad y un cepillo para profilaxis e hilo dental sin cera para limpiar los espacios interproximales.

Se aconseja explicar al paciente para que sirve cada uno de estos aditamentos haciendo mención también de que sólo estamos limpiando sus dientes, esto se hará para que el niño tome confianza en el Odontólogo.

Continuaremos con la aplicación Tópica de flúor. Esto se puede llevar a cabo por medio de derivados fluorados en solución, barniz o en forma de gel en cubetas, la ventaja que tienen los geles con respecto a las soluciones, es que permiten un mayor tiempo de contacto entre el fluoruro y el esmalte dentario.

Por regla general, los geles se aplican una o dos veces al año, aunque en algunos estudios se aprueba la aplicación diaria.

Existen métodos tópicos que pueden emplearse para su autoaplicación, como son los colutorios y las pastas dentales que contienen flúor, los enjuagues con flúor forman también parte de programas realizados bajo su prevención profesional.

TECNICA DE APLICACION DE LA SOLUCION DE FLUORURO

1.- Aislamiento de los dientes con rollos de algodón y aspiraciones de saliva y secado con aire.

2.- Aplicación de la solución de fluoruro utilizando una torunda de algodón. La solución se lleva a los espacios proximales con ayuda de la seda dental, los dientes se mantienen húmedos durante 3 a 4 min.

3.- instruir al paciente para que escupa, que no se enjuague, no coma ni se cepille los dientes durante media hora.

CAPITULO VI

MOTIVACION DENTAL

6.1 COMUNICACION CON LOS NIÑOS

Muchas técnicas efectivas han sido sugeridas para la comunicación. Estos puntos clave son pautas, no reglas inflexibles, porque en el mundo impredecible del trato con los niños debemos siempre estar preparados para improvisar según lo demande la situación.

Institución de la comunicación. El objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño es el establecer comunicación. Por lo general se concuerda en que al entablar una conversación con un niño, el odontólogo no sólo conocerá más de un paciente sino que también puede lograr que el niño se relaje. Hay muchos modos de iniciar la comunicación verbal y la efectividad de estos abordajes difiere según la edad del niño. Por lo general, la comunicación verbal se inicia mejor en niños pequeños con comentarios lisonjeros, seguidos por preguntas que generen respuestas distintas de un sí o un no. Al establecer una comunicación efectiva, el equipo odontológico debe asegurarse de que no esta "excediéndose". Como lo indican Till y Brearley, algunos niños advierten que controlando la conversación pueden ejercer considerable influencia sobre su medio.

Determinación del comunicador. Los miembros del equipo dental deben ser sabedores de sus papeles al comunicarse con un paciente niño. Generalmente la asistente dental habla con el niño al llevarlo desde la sala de recepción al consultorio y durante la preparación del niño en el sillón odontológico. Cuando llega el odontólogo, por lo común la asistente dental toma un papel más pasivo, porque el niño sólo puede atender a una persona a la vez. Es importante que la comunicación surja de una fuente única. Cuando ambos, el odontólogo y la asistente dental, dan indicaciones, el resultado puede ser una respuesta indeseable simplemente porque el niño se confunde.

Claridad del mensaje. La comunicación es un proceso multisensorial complejo. Incluye un emisor, un medio y un receptor. El odontólogo o el equipo de salud son los emisores, la palabra hablada es frecuentemente el medio y el paciente niño es el receptor. El mensaje debe ser comprendido en el mismo sentido tanto por el emisor como por el receptor. Como indica Chambers, debe haber una "adecuación" entre el pretendido mensaje y el mensaje comprendido.

Muchas veces, para mejorar la claridad de los mensajes para los jóvenes paciente, se usan eufemismos para explicar los procedimientos. Para los odontopediatras, los eufemismos o las palabras sustitutivas son como un segundo idioma. Los siguientes son ejemplos de palabras sustitutivas que pueden usarse para explicar los procedimientos a los niños:

Terminología

odontológica

dique de goma
clamp para goma dique
arco para goma dique
sellador
gel de fluoruro para
topicación
jeringa de aire
jeringa de agua
succión
alginato
modelos de estudio
alta velocidad
baja velocidad

Palabras sustitutivas

piloto de goma
botón para el diente
perchero
pintura para el diente

luchador contra cavidades
pistola de aire
pistola de agua
aspiradora
budín
estatuas
pito, silbato
motocicleta

Es importante ser cuidadoso en la selección de las palabras y frases que se han de emplear para adocctrinar al nuevo paciente odontopediátrico, porque para el niño pequeño las palabras son la base para muchas generalizaciones.

Control de la voz. En la literatura odontológica se hace referencia a la frase "control de la voz". Es difícil describir esta efectiva técnica de comunicación usando la palabra escrita. Se usan órdenes súbitas y firmes para llamar la atención del niño o para que el niño suspenda lo que estaba haciendo. La conversación monótona y confortante se supone que funciona como la música con respecto al ánimo. En ambos casos, lo que se oye es más importante porque el odontólogo intenta influir en la conducta directamente y no por medio de la comprensión o el intelecto. La teoría de Chambers dice que el control de la voz es más efectivo cuando se usa junto con otras comunicaciones. Una orden súbita de "deja de gritar y presta atención" puede ser una medida preliminar necesaria para la futura comunicación. El mismo mensaje pero expresado en un idioma extranjero probablemente sería igual de efectivo para detener una conducta desorganizadora del paciente que está impidiendo la comunicación. Usado en forma correcta en la situación apropiada, el control de la voz es un instrumento de dirección efectivo de la conducta.

Comunicación multisensorial. En la comunicación verbal, el foco está en qué decir o en cómo decirlo. El niño que rehuye la mirada con frecuencia no está plenamente preparado para cooperar.

Escucha activa. Escuchar también es importante en el tratamiento de niños. Sin embargo, al tratar con los niños de más edad, escuchar puede ser más importante que con los más pequeños, con los cuales la atención a la conducta no verbal con frecuencia es más crucial. La escucha activa es la segunda etapa del aliento a la comunicación genuina citada por Wepman y Sonnenberg. Se estimula al paciente a expresar sus sensaciones y el odontólogo hace lo mismo, como procesos necesarios en la comunicación.

Respuestas apropiadas. Otro de los principios de la comunicación con los niños es que "la respuesta debe ser apropiada para la situación". La propiedad de la respuesta depende principalmente de la extensión y naturaleza de la relación con el niño, de la edad de éste y de la evaluación de los motivos de su conducta. Una respuesta inadecuada sería, por ejemplo, la de un odontólogo que expresa excesivo malestar común no ansioso en su primera visita, cuando no hubo tiempo suficiente para establecer una buena armonía. Por otra parte, si el odontólogo ha abierto una brecha en el trato con el niño, pero éste muestra una conducta inaceptable, el odontólogo puede expresar su desaprobación sin perder el control. Entonces la respuesta será adecuada.

Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y aprensión, como cualquier otra cosa que no comprende. Utilice palabras sencillas y cotidianas que usen los niños de la edad de su paciente. Al seleccionar temas de conversación, elija temas y situaciones que le sean familiares. Si, por ejemplo, habla de fútbol con un niño pequeño, no discuta las reglas complicadas del juego, sino hable de las experiencias personales del niño en el campo de juego. Deje que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También debe evitarse hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son. Esto es una ofensa mayor que si les habla como si fueran mayores. o utilice palabras de bebé con niños de 4 ó 5 años. Los niños se sienten halagados si los adultos los consideran mayores de lo que son. Hábleles como si fueran ligeramente mayores. Nunca subestime la inteligencia del niño. A casi todos les gusta que el odontólogo hable de algo que les resulta interesante. Aleje sus mentes de los procedimientos dentales, ya que están interesados en lo que se está diciendo.

Siempre que se esté trabajando con un niño, no le haga preguntas que requieran respuestas si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

Hay adultos que prefieren silencio cuando se está trabajando en ellos. Sin embargo, a la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista. Se sienten menos ignorados y olvidados.

6.2 CONDICIONAMIENTO POR AVERSION

El método de modificación de la conducta del condicionamiento por aversión es conocido en inglés por la sigla HEME (Hand-Over-Mouth, aversión) y en español: mano sobre la boca, aversión. Su propósito es el de ganar la atención de un niño con alta oposición de modo que se pueda establecer la comunicación y obtener la cooperación para un tratamiento sin alternativas. La técnica se ajusta a la teoría del aprendizaje: los actos de desadaptación (gritos, puntapiés) se relacionan con la restricción y la conducta cooperadora se relaciona con la supresión de la restricción (mano sobre la boca) y el uso de refuerzo positivo (elogio).

Es importante destacar que el condicionamiento por aversión no se usa rutinariamente sino como último recurso, por lo general con niños de 3 a 6 años de edad y con buena comunicación. Levitas enfatiza que para los muy pequeños, los inmaduros, los discapacitados físicos o aquellos que tienen aficciones mentales o emocionales este abordaje de la conducta es inaceptable.

En años recientes surgió cierta inquietud acerca del uso del condicionamiento por aversión. Algunos odontólogos caracterizaron la técnica como punitiva. Encuestas realizadas entre graduados en odontopediatría en 1972 y 1981 demostraron, sin embargo, aceptación de la técnica por un porcentaje sustancial de profesionales. En ambos casos, más del 80% de los odontopediatras usaban a veces la terapia aversiva. Al investigar acerca de la aceptación de la técnica por instructores de programas de entrenamiento avanzado, Davis y Rombom obtuvieron resultados similares, pues el 83% la enseñaba en sus cursos. También algunos padres desaprobaron la técnica; otra inquietud era de índole legal. Bowers señala que la aceptación del condicionamiento por aversión por parte de la profesión odontológica no brinda una seguridad absoluta sobre la legalidad de la técnica y que hasta que una corte judicial falle sobre su legitimidad habrá cierto grado de incertidumbre. Pero también afirma que el odontólogo que usa el condicionamiento aversivo de acuerdo con los estándares de la odontología prudente en cada situación y que obtiene el consentimiento requerido para el tratamiento no debe temer un juicio por agresión o malpraxis.

El condicionamiento por aversión puede ser un método seguro y efectivo para manejar un problema de conducta extremadamente difícil. Sin embargo, todo apartamiento de la aplicación aceptada del condicionamiento por aversión puede exponer al odontólogo a un juicio por responsabilidad. Aquellos odontólogos o estudiantes que contemplan la posibilidad de usar el método deben consultar antes tratados detallados. La bibliografía incluye obras de Levitas (1974), Wright (1975), Martínez y col. (1980) y Wright y col. (1983).

tras La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir. No debe intentarse bloquear la respiración bucal.

Mientras que el niño llora, háblele al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando para de gritar. No deberá haber malicia en su voz. Puede que la admonición surta efecto, aunque crea que el paciente no le oye. Cuando ha dejado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre alguna experiencia sin relación alguna con la odontología. Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que se hizo fue para su propio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños

demasiado mimados. Como explica Craig, esta técnica requiere considerable habilidad.

Procedimientos disciplinarios como este pueden requerir mucho tiempo. Los odontólogos muchas veces observan que no tienen suficiente tiempo para adiestrar a los niños. Si utilizar una hora para adiestrar que ese niño será paciente suyo toda la vida, esa hora le habrá resultado muy productiva. Paciencia y consideración ayudan enormemente a establecer su consultorio.

Hemos discutido brevemente el método de reacondicionamiento. Engloba varios de los aspectos de la técnica usada por Addeleston de "decir... mostrar... hacer". El autor estima que utilizando este método no se producirán traumas psicológicos y que el niño, a medida, a medida que pasa el tiempo, estará esperando su visita dental con alegre anticipación. No estamos declarando que esta sea la única técnica o la mejor. Tan solo presentamos un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los odontólogos formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

Siguiendo con la técnica del reacondicionamiento, es posible que algunas sugerencias ayuden a aclarar ciertos puntos del procedimiento.

HIPNODONANCIA

Hennon señala que la mayor parte de los odontólogos emplea palabras confortantes para calmar los miedos y la aprensión de los pacientes con respecto a los procedimientos odontológicos. Como se mencionó antes, el uso de palabras seleccionadas adecuadamente con un acercamiento positivo y confiado a menudo producirá en el paciente la respuesta deseada. En algunos casos, no obstante, el clínico puede desear otro método para mejorar la respuesta del paciente. La hipnosis ofrece esta posibilidad, su uso es odontología a veces es designado como hipnodonancia.

Por lo general, la hipnodonancia puede ser aplicable en niños con los que es posible la comunicación. Los niños comunicativos y los adolescentes son buenos sujetos hipnóticos porque están familiarizados con los juegos de simulación y son influidos con facilidad por las sugerencias de los adultos. Hennon ofrece la siguiente lista de usos de la hipnosis en odontopediatría:

- 1) Para reducir o eliminar el nerviosismo y la aprensión.
- 2) Para eliminar los mecanismos de defensa que los pacientes emplean para posponer la labor odontológica.
- 3) Para controlar las náuseas funcionales o psicósomáticas.
- 4) Para evitar la succión del pulgar.
- 5) Para evitar el bruxismo.

- 6) Para facilitar la obtención de impresiones y registros oculares.
- 7) Para controlar la hemorragia y la salivación.
- 8) Para brindar aclimatación para la cirugía y adaptación pos operatoria y para la instalación de aparatos intraorales.
- 9) Para reforzar los cuidados y la higiene oral en el hogar.
- 10) Para inducir anestesia.
- 11) Para reducir una luxación.
- 12) Para promover la curación pos operatoria.
- 13) Para reducir la fatiga del operador.
- 14) Para inducir sugerencias poshipnóticas:
 - a. Reinducción.
 - b. Eliminación de molestias.
 - c. Limitación del tiempo de la anestesia.
 - d. Recuerdos agradables.
 - e. Recuerdo de las citaciones para control o seguimiento.

6.3 USO DE ADMIRACION, HALAGOS SUTILES, ALABANZAS Y RECOMPENSA

En procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Incluso animale de laboratorio aprenden a caminar a través de laberintos complicados para encontrar recompensas de alimentos en la otra punta. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que este se porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro.

Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo. Por ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, dígame que hoy se portó muy bien en la silla.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrellas doradas para que

Las p-Óequent en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende de pascos en caballito a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito.

Podemos decir categóricamente: nunca soborne a un niño. m Raras veces da resultados positivos el soborno., El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación del dentista. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. La línea divisoria es en realidad muy tenue. Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vulva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento. Recompensar es reconocer que hubo buen comportamiento después que se terminó la operación sin que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no tienen lugar en la odontología.

6.4 OIR, VER Y ENSEÑAR

El enfoque de oír, ver y enseñar ha resultado muy útil en la prevención del desarrollo de los temores odontológicos en el paciente nuevo, así como en la minimización de la ansiedad y mala conducta asociada en el paciente previamente desensibilizado.

Básicamente el objetivo principal de esta técnica es luchar con el temor de un niño de los objetos y personas que lo rodean. El odontólogo puede reducir este temor, primero diciéndolo (oír), al niño sobre la nueva situación y lo que va a hacer en ella, después mostrándole (ver) el nuevo ambiente y finalmente haciendo (enseñar) lo que se le dijo que haría. Este proceso deberá ser continuo desde la entrada del niño al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados con el tratamiento. A medida que se presente cada nueva persona o procedimiento al niño, debe emplearse la técnica de oír-ver-enseñar, para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad de manera tal que sea capaz de enfrentar la situación.

Debemos tener en cuenta que el niño no entiende el lenguaje que nosotros usamos y deberá ponerse cuidado especial para instruirlo de acuerdo a su lenguaje, frecuentemente los niños no comprenden las palabras del C. D, al dar las instrucciones o mostrar el material para esto es conveniente tomar en cuenta lagunas palabras que el niño relacione y mejore su calidad de comunicación, por ejemplo: en lugar de decir dolor podemos decir piquete de hormiguita, en lugar de aguja, diremos quito; en lugar de fórceps decimos grúa para ayudar a caminar el diente, etc.

6.5 CONTROL DEL CIRUJANO DENTISTA

El Odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse la irá como el miedo es una reacción emocional primitiva e inmadura, es

señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y ha disminuido su dignidad. El paciente lo pone en una situación de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y tener las reacciones adecuadas, si el D.F. pierde su control y eleva la voz, solo asustará más aún su cooperación, si no puede enfadarse, es mejor despedir al niño y dejar que otro pruebe suerte, talvés él pueda tener éxito donde nosotros hemos fallado debido a nuestro temperamento, si el D.C. ha tratado lo mejor posible, y no puede entablar relación con el niño es mejor admitir la derrota que arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

CAPITULO VII

COMPORTAMIENTO PARENTAL

7.1 PADRES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS

Casi desde el día de su nacimiento, la conducta de los niños es moldeada por los padres por medio del aliento y el desaliento selectivo de conductas determinadas, por medio de sus técnicas disciplinarias y por la libertad que permiten. En sus primeros años, por lo menos, los niños aprenden especialmente de sus padres, lo que supuestamente deben o pueden hacer y las conductas que les están prohibidas. Por esto, los padres pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento odontopediátrico debido a que la odontología es simplemente otra faceta de la vida con la cual los pequeños deben enfrentarse.

Sin embargo en ambos grupos maternos, los padres de grupos sociales más bajos demuestran mayor autoritarismo en el control de la conducta de sus hijos que los de los grupos de ingresos medios o altos.

La situación socioeconómica de los padres también tienen cierta conexión con su aceptación de los métodos de abordaje. Los que están en gran grupo socioeconómico más alto desaprueban la anestesia general. La reducida aceptación puede ser el resultado del hecho de que el grupo de altos ingresos estaba más esclarecido acerca de los riesgos asociados.

La situación socioeconómica de los padres también es un factor contribuyente en las actitudes del niño hacia la odontología. Stamm reveló que, en los niños de 6 y 7 años, los de la clase alta tienen el doble de restauraciones que en el grupo socioeconómico de más bajos ingresos, pese a que este último grupo tenía un índice (CPD) más alto. Los investigadores encontraron que había mejores prácticas de la higiene bucal consideradas socialmente superiores. Aunque el nivel socioeconómico de los padres tiene cierta conexión con la conducta de los niños.

Padres sobre protectores. Las actitudes de los padres sobre protectores a menudo impiden el progreso natural del niño hacia su independencia. Un ejemplo puede ser un padre que insiste en permanecer con el niño, cualquiera que fuese la situación o la edad del niño. Esta actitud puede surgir de una cantidad de factores, como 1) una experiencia peligrosa para la salud del niño durante su gestación o después del nacimiento, 2) porque el padre o madre fue criado en un hogar donde faltaba el calor y amor, 3) por desajustes en la familia y 4) por ciertas perturbaciones psíquicas del padre (o la madre), que le crean una necesidad anormal de que el niño dependa de ellos.

Apuntar a la falta de aprensión de los niños y a señalar la importancia de establecer una relación uno a uno entre el niño y el

odontólogo. Satisface generalmente a la mayoría de los padres sub-protectores.

Padres manejadores. El comportamiento manipulador se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes. Inicialmente, por las demandas pueden concentrarse en la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o el tratamiento.

Padres hostiles. La conducta hostil la demuestran los padres que cuestionan la necesidad de tratamiento. Por lo general no se trata de curiosidad porque las preguntas las hacen de modo celoso. La razón de la hostilidad puede no ser evidente para el profesional ocupado, pero puede ser el resultado de 1) malas experiencias personales con la odontología, 2) un negativismo general hacia los profesionales de la salud, 3) sentimientos de inseguridad en un ambiente extraño o 4) errores de concepto en cuanto a la odontología.

Al guiar al padre hostil o desconfiado con una discusión cándida, por lo general se provoca una replica franca y se desarrolla una relación afable entre el profesional y los padres después de la discusión.

Padres negligentes. Los padres negligentes pueden no ser advertidos inicialmente. Por lo general se descubre que no cumplen con las citaciones, faltan a las consultas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. Otros padres que reconocen la importancia de la odontología para sus hijos pueden no ser cuidadosos o estar muy ocupados con sus actividades cotidianas como para ocuparse de la odontología con la debida atención. Estos padres han sido denominados como poco motivados o negligentes. A menudo es necesario aconsejarles para conoverlos y hacer que reconozcan la importancia de la odontología para sus hijos.

Barsch afirmó "La maternidad y la paternidad que pueden ser vistas como logro biológicos, pero la paternidad es el proceso ilustrado de experimentación efectuado diariamente en el laboratorio del hogar, la vecindad y la comunidad.

7.2 EXTREMOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS PADRES

Protección Excesiva

Todo niño necesita amor y afecto. Sin embargo a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en la educación normal del niño. Generalmente, el niño está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. Se presta al niño en cada tarea, incluso mínima, que trate de hacer. Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, or

sentimiento de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Como puede imaginarse, estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina.

Sin embargo, frecuentemente, a causa de la timidez del niño, el dentista, tiene que romper con la "barrera de la timidez" haciendo que el niño confíe en la capacidad para ser un buen paciente dental. Los padres son demasiado indulgentes, o que dan demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tiene dificultades para adaptarse al medio social que le rodea. A esos niños no se les pide que se enfrenten a las realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiranos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tiene 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, e incluso forzale para evitar el tratamiento y hacerle lo que quieren; y si esto falla, hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse, incluso a la fuerza física, a los intentos de manejo del dentista.

Son niños muy mimados, que aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina como medio para obtener su cooperación. El comportamiento de un niño educado en una casa donde viven solamente los abuelos es generalmente el de un niño mimado. Esto se verifica especialmente si el padre y la madre están ausentes de la casa todo el día.

Rechazo

Existen varios tipos de grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa del trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene a los hijos que se sienten inferiores y olvidados. No están seguros de si mismos y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, que se vuelven poco cooperadores, se retraen en si mismos sin amar ni interesarse por nadie. 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 a estos niños se les critique constantemente, se les moleste y atormente continuamente con muestras de desagrado. Puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañarse que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y de sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene una seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nerviosos y demasiado activo.

En el consultorio odontológico, este niño es difícil de manejar. Esta claro que habrá que tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino en esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán de respetarse su peticiones lo mas posible, porque están necesitados de atención y de bondad. En muchos de los casos, el

niño rechazado se porta mal para atraer la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porta mal. Debe enseñarle que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho mas agradable.

Estimados Padres:

Los niños tiene gratas experiencias odontológicas cuando son muy pequeños es probable que mantengan una actitud favorable hacia la odontología durante toda su vida. La primera visita es muy importante para la formación de esa actitud. Es por esa razón que les escribo.

En la primera consulta, examinaremos los dientes y encías de sus hijos y tomaremos fotografías si fuese necesario. Para la mayor parte de los niños esta es una ocasión interesante y aun feliz. Todas las personas de nuestro equipo aprecia a los niños y saben como trabajar con ellos, pero ustedes los padres, tienen un papel importante al preparar a sus hijos que han concertado una visita con el odontólogo como un oportunidad para conocer algunas personas que desean ayudarlo para que siga saludable.

Se aprecia su cooperación. Recuerde, la buena salud general depende del desarrollo de buenos hábitos, como comer razonablemente, dormir bien y el ejercicio. La salud bucal depende también de buenos hábitos como el cepillado correcto, las visitas periódicas al odontólogo y una buena dieta. Tendremos oportunidad de discutir mas extensamente estos puntos durante la consulta.

Ansiedad Excesiva

Esta actitud se caracteriza por la preocupación excesiva, por parte de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con exceso de afecto, Protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se les hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez mas por la salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por si mismos. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad para temer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, este generalmente reacciona de manera satisfactoria.

Dominación

Los padres que son dominantes exigen a sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a repetir a otros niños mayores o mas avanzados. Al entrenarlo, fuerzan al niño, y por lo general son extremadamente criticos, estrictos, y aveces incluso lo rechazan. Estas molestas y criticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud. Pude ser común en el negativismo. Puesto que tiene miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las ordenes despacio y con mayor retraso posible. Si se

les trata amable y considerablemente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos. Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

Identidad, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajara en un mundo donde en el que los ajustes son siempre necesarios. Es claro que el grupo que carece de presión crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuales solo el tratamiento dental es solo una. Si el dominio es más evidente en el padre o la madre, el más severo es el que debería de traer al niño al consultorio odontológico. Las actitudes que tiene unos niños hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres. El hijo mayor, por el contrario, ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencia, tiene entusiasmo y aguante juvenil que a veces es tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor, es a menudo conservador y de comportamiento moderado. Se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes. Si el hijo más pequeño nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores. El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Esto no es necesario. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien concentrado.

En ciertos casos, los padres tratan de revivir sus vidas en sus propios hijos, al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los niños demuestran una abierta decepción. El niño observador tiene esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en la timidez, inseguridad y retraimiento. Lloro con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso. Estos niños reaccionan en el consultorio mental de la misma manera que los niños de padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente. Al considerar estas actitudes de los padres 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. Los niños sufren algo de su presión en casa parecen aceptar las experiencias exteriores más animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente

Un hogar armonioso es aquel en donde todos los hijos son queridos. Un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, donde se busca continuamente la felicidad y donde la sociabilidad recibe énfasis.

7.3 COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

La guía a los padres sobre en tratamiento dental deberá empezar antes de referencia antes que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios, o individualmente.

1. Pida a los padres que no expresen sus medios personales enfrente del niño. La causa principal del miedo en los niños es oír a los padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciara mas la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres y otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimiento de ansiedad, especialmente expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

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

3. Pida que los padres familiaricen a sus hijos con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que 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 el niño sienta que acaba de hacer un nuevo amigo.

4. Explique a los padres que si demuestran valor en asuntos odontológicos esto ayudara 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 las actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados. Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno.

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

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

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

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

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

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

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

7.4 SEPARACION PADRES - NIÑO

Ya en 1898, Belcher notó que la exclusión del padre o la madre del consultorio puede contribuir a desarrollar el comportamiento favorable del niño. Al pasar los años, Starkey se convirtió en uno de los más firmes defensores de la separación padres/niño durante el tratamiento y sugirió que el sistema de hacer que los padres permanezcan en la sala de espera puede justificarse por varias de las siguientes razones:

- El padre con frecuencia repite la órdenes, fastidiando tanto al odontólogo como al niño.
- El padre agrega órdenes, convirtiéndose en una barrera para la relación entre el odontólogo y el niño.
- El odontólogo se ve imposibilitado de usar entonación de la voz en presencia del padre o lo a madre porque éstos pueden ofenderse.
- El niño divide su atención entre el padre y el odontólogo.
- El odontólogo divide su atención entre el niño y el padre.

Hay otras razones para justificar una política de separación. La mayor parte de los odontólogos probablemente se sentirán más relajados y cómodos cuando los padres esperan en el área de recepción.

El procedimiento de la separación merece serias consideraciones. El odontólogo debe desarrollar un sistema a los padres. El establecimiento del sistema debe basarse, en consecuencia, en la exposición razonada que tome en cuenta los beneficios e inconvenientes de la separación y los puntos de vista personales del odontólogo. Como presencia de los padres mientras que otros

disfrutan por tenerlos en el consultorio, en cierta medida, la estrategia se convierte en una decisión individual.

CONCLUSIONES

Después de haber conocido como actúan los niños dentro y fuera de un consultorio es obligación del odontólogo tratarlo lo mejor posible conociéndolo lo más que él lo permita.

Se ha sabido que los padres ocupan la mayor parte de los estudios que un niño aprende desde su nacimiento conforme él va creciendo. Tanto la sociedad, la familia y el medio hacen que la conducta del infante se vaya formando.

Hay que tomar en cuenta que los medios que rodean al niño hacen que ellos desarrollen temores, miedos ansiedades que deben controlar para ganarse la confianza y permitan que sean atendidos lo más rápido y eficazmente.

Pedirles a los padres que revisen periódicamente a sus hijos; que no los lleven hasta que es necesario que se les atienda, ni con amenazas u obligándolos ya que ellos no van a convertir el tratamiento de esa forma.

Por otro lado hay que platicar tanto con los niños y padres para el buen funcionamiento de ellos.

Hacer la consulta breve, armoniosa y sutil hacen de una primera consulta que se forme el mejor paciente para todas las visitas necesarias al consultorio dental.

Tomando en cuenta todos los conocimientos antes de comenzar un tratamiento formaremos pacientes que ayuden para su mejoramiento e integridad bucal.

La capacidad de entendimiento de un niño por muy pequeño que este sea debe de tomarse en cuenta ya que ellos reaccionan así debido a una causa nunca actúan nada más porque sí. No por ser infantes no pueden comprender lo que se les va hacer; siempre hablarles con la verdad y sin mentirles.

Gracias a la confianza que nos tengamos ambos nos beneficiará a los dos tanta al niño como al dentista.

BIBLIOGRAFIA

- * GARCIA, Manzana Emilia. Biología, Psicología y Sociología del Niño en edad preescolar. 3a. ed. Ed. Ceac, España 1980.
- * HIGAREDA, Vicentelo Yolanda. Influencia del Medio Social en la educación. (TESIS) México, 1969,48P.
- * MACDONALD-Avery. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5a. ed. Ed. Panamericana. Cap 2 y 3.
- * PEREZ, Fernández del Castillo Cecilia. Importancia de la familia en el desenvolvimiento de la personalidad del niño. (TESIS) México 1978, 79 p.
- * PINKHAM, Jr, Casamassino, Fields. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana- McGrawHill, 148-152, 204-206, 352, 354, 476-477 p.
- * SIDNEY, B. FINN. Odontología Pediátrica. 4a. ed. Ed. Interamericana.
- * WOODALL, Irene R. Odontología Preventiva. Ed. Interamericana. Ed. 1983.
- * BARBER, Thomas K. Odontología Pediátrica. Eo. Manual Moderno, México, D.F. 1985
- * KENNETH, D. Snawder. Manual de Odontopediatria Clínica. Eo. Labor, S.A. 2a. Edición, 1984.
- * HURIOK PH. D. Elizabeth g. Desarrollo Psicológico del niño. 4a ed. Libro Mc. Graw Hill.
- * MIRA y López emilio. Psicología evolutiva del niño y el adolescente Ed. 11a El Ateneo 1967
- * RIPA. Manejo de la Conducta Odontológica del niño. Ed. Mundi, S.A.I.C. y F. Argentina 1984.
- * B.D. Magnusson. Odontopediatria. Ed. Salvat, S.A. Barcelona 1985.
- * Enciclopedia de la Psicología. Dirección, Denis Huisman, Psicoanálisis y Psicología médica. Plaza G. Jones. S.A.
- * MUSSEN, Desarrollo de la personalidad del niño. Ed. Trillas. 1982
- * APUNTES DE ODONTOPEDIATRIA
7 y 8 semestres
Dr. José Nava Santillán