

47
Lejón



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO
EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
DOLORES MARISELA CARLON LABRA



MEXICO, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

AGRADECIMIENTOS .

A mis padres:

Por el inmenso apoyo, comprensión y confianza que me han brindado incondicionalmente durante toda la vida

A mis hermanas:

Por su confianza y comprensión que siempre me han brindado.

A mi esposo:

Por el gran apoyo que siempre me ha brindado.

A mi director de tesina:

Por su ayuda y colaboración que me otorgó para la realización de esta tesina.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1	
ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO	2
CAPITULO 2	
ACTITUD DEL ODONTOLOGO HACIA EL NIÑO	4
CAPITULO 3	
REACCION DEL NIÑO A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA	7
CAPITULO 4	
INFLUENCIA MATERNA SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO	11
4.1 Sobre protección	12
4.2 Sobre indulgencia	13
4.3 Dominante	14
4.4 Rechazante	15
4.5 Efecto de la presencia de la madre en el consultorio	16
CAPITULO 5	
MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DE LOS NIÑOS	18
5.1 Control de voz	19
5.2 Restricción física	19
5.3 Técnicas de la mano sobre la boca	20
5.4 Hipnosis	22
5.5 Analgesia con óxido nitroso	22
5.6 Premedicación	23

CAPITULO 6

CLASIFICACION DE LOS NIÑOS QUE NO COOPERAN CON EL DENTISTA26

6.1 Categoría I. Niño con alteración emocional26

6.2 Categoría II. Paciente infantil tímido e introvertido27

6.3 Categoría III. Niño atemorizado29

6.4 Categoría IV. Niño rebelde ante la autoridad31

CAPITULO 7

DURACION DE LA CONSULTA DENTAL33

CONCLUSIONES35

INTRODUCCION

El éxito de la práctica odontológica en niños depende de las habilidades técnicas del odontólogo y de la capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante.

La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores: Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la odontología. La conducta externa, es la única respuesta que los odontólogos pueden observar, y que comúnmente logra ser evaluada.

No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de pacientes odontológicos, sino la manera de asumir sus miedos. La mayoría de los niños que enfrentan una visita odontológica demostrará una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez.

Algunos responderán recurriendo a una conducta no cooperadora o interruptiva.

CAPITULO I

ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO

Se debe considerar el tipo de decoración del consultorio; si se va a dedicar enteramente a los niños, el consultorio completo, desde la sala de recepción hasta la sala de tratamiento, pueden tener decoraciones como puede ser una pesera que puede ser colocada en la sala de recepción o de tratamiento también se recomienda darle un toque cálido y de fantasía al consultorio, para que tienda a desvanecer el miedo.

Si los adultos van a llevar a los niños al consultorio dental, deberá haber lecturas adecuadas para estos, además de las infantiles, si el consultorio no se va a dedicar exclusivamente a los niños deberá reservarse para ellos un área en la sala de recepción. La cual se adapte con sillas y mesas donde puedan sentarse a leer, que tengan a la mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades, también se puede conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño, si las paredes están decoradas con dibujos de niños jugando. Otro aspecto es tratar de evitar que los niños vean sangre o adultos con dolor, haciendo que el niño salga por otra puerta o programar todas las visitas infantiles para el mismo horario diariamente o un día exclusivo dedicarlo a ellos.

El dibujo permite la expresión de sentimientos y por eso nos parece necesario facilitarles el material para que lo realicen. El análisis de los dibujos realizados espontáneamente ofrece un riquísimo material, que permite comprender al niño, facilitando la formación del vínculo cordial con el odontólogo, siendo una base del buen éxito del tratamiento.

Se descartó el color blanco en el consultorio, se dice que el color verde y amarillo, resultan menos traumatizantes y más sedantes. El uniforme de color puede contribuir en algo a calmar a un chico asustado al no encontrarse al hombre de blanco.

CAPITULO II

ACTITUD DEL ODONTOLOGO HACIA EL NIÑO

En la primera cita, al dirigirse al paciente, hay que colocarse a la altura del niño, no enfrente, sino a un costado del paciente. Si uno se coloca frente al niño, éste puede sentirse atrapado y revelarse.

Después de familiarizarse el paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza. Eligiendo con cuidado las palabras e ideas de la conversación, se podrá llegar a comprender sin perder mucho tiempo. Al establecer ésta confianza, el dentista debe transmitir al niño confianza y demostrarle que simpatiza con sus problemas y los conoce.

La odontología infantil es factible no todos los odontólogos disfrutan el trabajo con los niños. Cualquier dentista que atiende con regularidad a preescolares enfrenta, un poco de llanto, brincoteo, pataleo y berrinches así como una variedad de conductas de evasión. Hacer frente a esta clase de comportamientos y dedicar energía a la interpretación de tales conductas exaspera a ciertos odontólogos; algunos se incomodan con los padres involucrados.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se debe dejar el tratamiento para después ya que esto no ayuda a eliminar el miedo.

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

En la primera cita, deberán realizarse sólo procedimientos menores e indoloros; es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, al menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

Al niño deberá decirse de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras.

Cuando el odontólogo hable a los niños deberá ponerse a su mismo nivel en posición y conversación, en las palabras e ideas. Dejar que el niño lleve la conversación, si el niño es muy pequeño es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. También se debe evitar hablar a los niños como si fueran más pequeños de lo que en realidad son.

El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escena y seguir siendo su amigo.

Varias maneras por las que el profesional puede brindar este tipo de apoyo incluyen:

Permitir a los niños expresar sus sentimientos de temor o de enojo, y sus deseos sin rechazarlos. Sin embargo no se aceptarán ciertas manifestaciones como patear o luchar.

Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas.

Esto puede hacerse verbalizando lo que ellos experimentan por ejemplo, durante el procedimiento del tallado, el odontólogo puede decir que suena como una sirena y a veces aturde tus oídos, también los míos terminará lo antes posible.

Confortando a los niños cuando sea apropiado, puede hacerse mediante una cuidadosa elección de las palabras, y el tono de la voz, o tocando al chico y dándole una palmadita o abrazo reasegurador.

Estimular a los niños cuando muestren una conducta aceptable.

Escuchar los comentarios de los niños cuando deseen hablar.

Este puede relegarse hasta un momento más apropiado durante la visita, además no se les deberá permitir usar la comunicación verbal como un método de postergar el tratamiento.

Brindar una situación estructurada en la que los niños puedan sentirse seguros.

El odontólogo debe controlar la interacción con el paciente, su autoridad será atemperada en un grado de flexibilidad o compromiso con el objeto de cumplir con las necesidades del paciente o la situación particular.

CAPITULO III

REACCION DEL NIÑO A LA EXPERIENCIA ODONTOLOGICA

Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la odontología, la visita odontológica provocará un cierto grado de apreensión o ansiedad, en casi todos los niños de edad preescolar, quien experimenta el posible temor de dolor y miedo a lo desconocido, el niño que demuestra miedo a un compañero agresivo exhibe una conducta normal, mientras aquél que no manifiesta ninguna apreensión en este transe puede ser considerado normal.

Un niño puede responder a una visita odontológica, aceptándola pasivamente, o rechazando la situación. La mayoría de los niños que enfrentan una visita odontológica demostrarán una conducta de acuerdo a su edad y nivel de madurez emocional. Algunos responderán recurriendo a una conducta no cooperadora o interruptiva.

Los niños mayores quizá desarrollaron temor al tratamiento porque un padre le transmitió, inadvertidamente, sus temores o por haber escuchado historias sobre la odontología de sus hermanos.

El llanto demuestra el comportamiento del niño, como paciente temeroso, la identificación de una clase de llanto provee al dentista de una herramienta muy importante. Para el diagnóstico hay cuatro clases de llanto, dentro del consultorio dental, que son:

- Llanto obstinado.

- Llanto temeroso.

- Llanto lastímero.

- Llanto compensatorio.

LLANTO OBSTINADO:

Se caracteriza por su volubilidad, es como una sirena maniaca, dependiendo de su estado de ánimo su grito es más fuerte y agudo, entre más agitado se vuelva el niño, más fuerte y más alto será el llanto, con un temperamento compuesto por patadas y mordidas.

LLANTO TEMEROSO:

Se identifica por sus abundantes lágrimas y sonidos asechantes, la respiración convulsiva sollosante y áspera, tiende más a la histeria que al temperamento agresivo. El miedo se ha apoderado de él, y de su razonamiento, siempre existe el elemento apreensivo a lo desconocido, a lo no familiar y a la falta de confianza. Está motivado por el miedo y basado más en la emoción que en la razón, si su atención es distraída parará el llanto, se le podrá dar explicaciones y se obtiene su confianza y su cooperación. El uso de la fuerza es contraproducente.

LLANTO LASTIMERO:

Este llanto puede hacerle falta enteramente, el volumen puede ser muy alto, las lágrimas pueden ser solamente una manifestación y si existe sonido éste será parecido al gemido, la respiración podrá ser afectada, este niño necesita una pequeña explicación, no es particularmente temeroso, si su llanto aumenta, podemos diagnosticar que hay dolor. Si está tratando de olvidar su llanto, está haciendo una cooperación valiente a expensas de su propia comodidad.

LLANTO COMPENSATORIO:

No es un llanto del todo, es un sonido del paciente, que aminora el ruido de la pieza de mano, generalmente no es fuerte, pero consistente cuando siente el contacto con la fresa, cuando el ruido de la pieza de mano sesa, el llanto también, no hay lágrimas ni sollosos solamente constantes gemidos. El niño asocia el sonido agudo de la pieza de mano con el dolor, lo que le produce tensión y por lo tanto se niega al tratamiento.

Aunque los niños deben adoptar una conducta aceptable en el consultorio dental, la actividad y actitudes del odontólogo deben ser dirigidas a apoyar los esfuerzos de los niños.

Se han clasificado otros cuatro grados del comportamiento del niño hacia la consulta dental, los cuales son los siguientes.

Grado 3. Aceptación positiva: Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en el, ojos brillantes, tranquilos, vivos y móviles.

Grado 2. Aceptación indiferente: Conversaciones o preguntas duditativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental sigue siendo relajada.

Grado 1. Aceptación con desgane: Falta de conversación, de respuesta, quizás una vaga respuesta o protesta. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.

Grado 0. No aceptación: Protestas verbales o físicas, manifiesta llanto.

Este tipo de observaciones ayuda al clínico a valorar a cada paciente en concreto: Además si se registran todos los días de visita reflejan también la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.

CAPITULO IV

INFLUENCIA MATERNA SOBRE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Las influencias maternas sobre el desarrollo mental, físico y emocional de los niños comienza antes del nacimiento.

Las actitudes de las madres se correlacionan con la conducta de sus hijos.

Aunque existan algunas diferencias asociadas con las edades de los niños y otras variables.

Se encontró, que las madres cariñosas tendían a tener niños tranquilos, felices mientras que las hostiles tenían hijos exitables e infelices. En general las madres que permitían la autonomía y expresaban afecto, tenían hijos amistosos, cooperadores y atentos.

Contrariamente a los hijos de madres punitivas y que eran ignorados, no presentaban estas características positivas de la conducta. 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 volver excesivo e interferir en la educación normal del niño.

El que la madre se vuelva demasiado indulgente o demasiado dominante depende de la disposición inata del niño y de cómo reacciona al comportamiento anterior de la madre hacia él, parece que hay una reacción de comportamiento a las actitudes de los padres, los padres dominantes presentan

niños muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes con sentimientos de inferioridad atemorizados y con ansiedades profundas.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasiado lujo a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que los rodea. A estos niños no se les pide que se enfrenten a 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 tiránicos. Si no se les da lo que piden se impacientan, tienen ataques de mal genio incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos.

El exceso de mimos es común de los abuelos, quienes habiendo educado ya a una familia, quieren volver a experimentar el placer de ser amados por niños pequeños, sin tener la responsabilidad de disciplinarlos. El comportamiento de un niño creado en casa donde viven sus 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.

4.1 Sobreprotección

El ambiente sobreprotector es el que se encuentra con mayor frecuencia entorno a hijos únicos, largamente deseados, enfermos o compadres o tutores de edad avanzada. Otra causa posible es la ausencia paterna por muerte o divorcio.

Hay varios signos que ayudan a identificar a la madre sobreprotectora. En general es aquella, que brinda un cuidado excesivo en la alimentación, vestido e higiene; está constantemente involucrada en las actividades sociales del niño impidiéndole correr los riesgos ordinales del juego.

La madre sobreprotectora retarda la maduración psicológica normal del niño, y tiende a infantilizarlo. La conducta abierta que demuestra el niño depende de la sobreprotección materna va con dominancia o con sobreindulgencia. La madre sobreprotectora dominante está asociada con un niño sumiso; la madre sobreprotectora sobreindulgente con un niño agresivo.

En un niño sumiso será comúnmente un paciente odontológico cooperador, aunque puede ser difícil establecer conexión, o hasta una comunicación casual. Estos niños generalmente, tienen dificultad para hacer amigos, debido a su comportamiento tiránico. Estos niños pueden esperar o exigir la atención del odontólogo.

4. 2 Sobreindulgente.

La sobreindulgencia puede estar asociada con la sobreprotección, o ser el rasgo materno dominante. Los padres sobreindulgentes dan al niño todo lo que quiere, en cuanto sea financieramente posible, incluyendo juguetes, golosinas, ropas y comúnmente, ponen muy pocas restricciones sobre la conducta de su hijo.

El niño de un padre sobreindulgente es el niño malcriado, acostumbrado a hacer lo que quiere. Su desarrollo emocional se haya estancado, manteniéndolo en el estado infantil, dependiente, en el que el llanto o un berrinche producirá la conducta que él exige de los padres. Es incapaz de entretenerse y mantiene a los adultos a su alrededor, inventando diversiones, en el consultorio odontológico y puede mostrar berrinches cuando no puede dominar el transe de la manera que controla las situaciones en su hogar.

4.3 Dominante.

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 competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo fuerzan al niño, y son por lo general extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión o inquietud. Puede ser común el negativismo puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y considerablemente, estos niños llegan a ser buenos pacientes odontológicos. La reacción es parecida a la de niños con padres exigentes.

4.4 Rechazante.

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten inferiores y olvidados.

No están seguros de sí mismo y de su lugar en la sociedad desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nada.

Los niños no deseados o rechazados no sólo sufren falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puede que estén tristemente descuidados y severamente castigados. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencia de estimulación propia y sentimientos de incapacidad, puesto que el niño no tiene seguridad en casa se vuelve suspicaz, agrisivo, vengativo, desobediente poco popular, nervioso y demasiado activo.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigables y comprensivos. Esos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, están necesitados de atenciones y bondad.

4.5 Efecto de la presencia de la madre en el consultorio.

Muchos odontólogos prefieren excluir a los padres del consultorio. Se dedujo que la presencia de la madre durante el tratamiento de un niño de buen comportamiento no aumenta la ansiedad del odontólogo, así la ansiedad es probablemente la razón por la que la mayoría de estos profesionales opten por excluir a los padres del consultorio.

Es muy probable que los odontólogos prefieran en general, tener a los padres ausentes del consultorio mientras están tratando al niño, debido a que la mayoría de estos se comportan satisfactoriamente sin un padre presente. En realidad, a medida que los niños se hacen mayores y desarrollan una independencia emocional ellos mismos prefieren que su padre o madre se queden en la sala de recepción.

Si un niño ha de exhibir una conducta no cooperadora, la presencia del padre prestará a veces apoyo para que este tipo de conducta, a la par que pueden imitar las técnicas de control de la misma por parte del odontólogo.

La ansiedad materna parece ser una factor primario que influye en la ansiedad de un niño en el consultorio odontológico. En realidad, las impresiones subjetivas que esté incorporada a la familia parecen ser más provocadoras de temor que la misma experiencia odontológica.

Para los más pequeños, que aún retienen algo de sus temores inatos y que son emocionalmente inmaduros, la presencia de la madre en el consultorio puede tener una saludable influencia sobre la conducta en el tratamiento. La presencia de la madre puede servir para minimizar los temores del niño pequeño y ofreciendo apoyo emocional durante esta experiencia.

CAPITULO V

MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DEL NIÑO

La mayoría de los niños son capaces de enfrentar satisfactoriamente la ansiedad asociada con el tratamiento odontológico, y exhiben, por lo tanto, patrones de conducta aceptable que permiten que sea cumplido el tratamiento dental.

Sin embargo los niños con una conducta que interrumpe significativamente el tratamiento son clasificados como problemas de conducta, el niño muy pequeño emocionalmente inmaduro puede ser incapaz de controlar su conducta, otros simplemente pueden no querer cooperar.

Con niños de conducta interruptura, el odontólogo debe usar formas que permitan al paciente recibir el tratamiento odontológico a condicionándolo psicológicamente.

La mayoría de las técnicas específicas para manejar al paciente interruptor involucran la reducción de la actividad física del niño o la alteración de su conciencia. Estas técnicas incluyen:

- 1.- Control de voz.
- 2.- Restricción Física.
- 3.- Técnicas de la boca sobre la mano.
- 4.- Hipnosis.

5.- Analgesia con óxido nitroso.

6.- Premedicación.

5.1 Control de la voz.

El control de la voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz en un intento de dominar la interacción entre el profesional y el niño. Un odontólogo puede hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva, o cuando éste grita, simplemente para ser escuchado.

Una vez ganada su atención, el profesional puede bajar la voz ajustándola a la del niño. El control de la voz es usado junto con alguna forma de restricción física y la técnica de la mano sobre la boca.

5.2 Restricción Física

La restricción física del niño, incluye el uso de un abre bocas, restricción por parte del odontólogo. Así como correas unidas al sillón dental y el uso de envolturas corporales tales como sábanas y otros dispositivos.

Los abre bocas se emplean, aveces, en el momento de la inyección, para evitar que los niños sierren sus bocas y se lastimen; así como en el caso de provocar fatiga debido a una sesión larga, y para el niño revoltoso o de safiante que cierra constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento.

Un abrebocas también protege los dedos del odontólogo.

La restricción es manejada por el profesional para conseguir la cooperación del niño; la restricción puede ser necesaria en caso de niños hipermotores, revoltosos y desafiantes, el asistente será entrenado para esto, y estará preparado para controlar la cabeza, cuerpo y brazos del niño. El controlar los movimientos del paciente hace cosas: Evita que éste se lastime y que sus movimientos puedan interferir con el procedimiento odontológico.

Las sábanas o envolturas corporales pueden ser usadas también para restringir los movimientos, en este tipo de restricción es utilizado frecuentemente para niños muy pequeños.

El uso de restricciones para controlar la actividad física del infante es común entre los odontopediatras.

5.3 Técnicas de la mano sobre la boca.

La técnica de la mano sobre la boca ha sido usada por los odontólogos por más de cincuenta años. La técnica está indicada para los niños normales momentáneamente histéricos, beligerantes o desafiantes; la mano sobre la boca no es una técnica para el niño muy pequeño, el inmaduro o el atemorizado, o un niño con un serio impedimento físico, mental o emocional.

El propósito de la técnica mano sobre la boca, es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que pueda ser establecida la comunicación. Una vez hecho esto el odontólogo podrá emplear otras formas de manejo para producir y apoyar la conducta aceptable.

Con la explosión verbal completamente detenida, se le dice al niño que cuando coopere, la mano será retirada. Cuando el paciente indica su voluntad de cooperar, comúnmente por señal afirmativa de la cabeza y de la cesación de los intentos de gritar, la mano es retirada y el paciente reevaluado.

Si la conducta interruptora continúa, el odontólogo coloca nuevamente su mano sobre la boca del niño y le dice que debe cooperar. Esta rutina puede tener que ser repetitiva varias veces, hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente como para permitir que comience en tratamiento, una vez que el niño coopera deberá ser felicitado.

Existen diversas variaciones de la técnica mano sobre la boca las cuales son:

Mano sobre la boca, vía de aire sin restringir.

Mano sobre la nariz y la boca, vía de aire restringida.

Toalla mantenida solamente sobre la boca.

Toalla seca mantenida sobre la nariz y la boca.

Toalla húmeda mantenida sobre la nariz y la boca.

La técnica no busca asustar al niño, e intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al dentista.

5.4 Hipnosis.

La hipnosis, también denominada terapia psicósomática es una técnica por la que se produce un estado de conciencia alterado, sin recurrir a agentes farmacológicos. Sin embargo es usada por relativamente pocos odontólogos, se utiliza por lo común en el tratamiento de niños, y a la simple sugestión está sólo a unos pasos de la hipnosis.

Los niños son susceptibles a las sugestión y aceptan la autoridad del odontólogo en el consultorio y, aunque no se den cuenta usan frecuentemente la inducción elemental, como decirle repetidamente al paciente que se relaje, reasegurándolo y estableciendo una monotonía que produce somnolencia.

5.5 Analgesia con óxido nítrico.

El uso de las mezclas de óxido nítrico y oxígeno es uno de los métodos más antiguos y efectivos para el manejo del dolor y la ansiedad que pueden estar asociados con una visita odontológica.

Además la insensibilización al dolor con este analgésico es probablemente el método farmacéutico más seguro para este propósito, aunque el clínico debe saber que se requiere un intenso entrenamiento para tener la capacidad de enfrentar todas las contingencias posibles.

El paciente en estado de analgesia está consciente, mientras en las etapas más profundas de la anestesia se halla inconsciente. El paciente en analgesia tiene

todos los reflejos vitales intactos, puede comunicarse y cooperar con el operador, y vuelve rápidamente a la normalidad después de pocos minutos de oxigenación.

La administración de una combinación de óxido nitroso y oxígeno, por inhalación, es utilizado para modificar la conducta de los pacientes odontológicos a gozado de popularidad, Langa, indicó que la analgesia, puede ser usada tanto niños temerosos como impedidos.

El suministro de este analgésico produce un estado de relajación y euforia en el paciente. Además aumenta el umbral del dolor, tanto en los dientes primarios, como en los permanentes, debido a sus resultados favorables pues de fácil administración, está libre de efectos colaterales desfavorables y es segura; muchos odontopediatras lo han incorporado a su práctica, para el manejo de la conducta de los niños.

5.6 Premedicación.

Un niño interruptor que no responde a los procedimientos de manejo, ya sean psicológicos o físicos, puede requerir terapia con drogas a fin de recibir el tratamiento odontológico definitivo. La premedicación puede estar indicada para los siguientes tipos de pacientes:

- 1.- Niños muy pequeños que carecen de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

2.- Niños muy aprensivos, en quienes la terapia con drogas puede ser usada junto con otras técnicas de manejo de la conducta.

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

4.- Niños mentalmente impedidos, como los pacientes con el síndrome de Down, que como los niños muy pequeños, pueden carecer de la capacidad emocional e intelectual para cooperar.

Los medicamentos empleados comúnmente en los niños en odontología incluyen sedantes e hipnóticos, como el hidrato de cloral y los barbitúricos, las drogas ansiolíticas como el meprobamato, la hidroxylina, el diasepam y la prometazina; y los narcóticos como la meperidina, también se usan combinaciones de estas drogas.

La elección de la premedicación apropiada requiere que el odontólogo conozca las propiedades, los efectos usuales, la dosis terapéutica y la duración de la acción de la droga y estar al tanto de los efectos colaterales de las drogas y la posibilidad de reacciones idiosincrásicas o de la hipersensibilidad, los padres del niño deben ser informados de la decisión del odontólogo sobre la necesidad de una premedicación, y su consentimiento firmada por el padre deberá ser incluida en el registro odontológico.

Si la premedicación a de ser administrada por un padre en el hogar, el odontólogo debe explicar la necesidad de guardar la droga en un lugar seguro e informar sobre cuándo debe ser administrada, y la dosis. Los padres también

deberán ser informados de cualquier efecto colateral resultante de la premedicación, tales como somnolencia, vértigo, estimulación, o agitación, que ocurren antes de la llegada al consultorio odontológico.

CAPITULO VI

CLASIFICACION DE LOS NIÑOS QUE NO COOPERAN CON EL DENTISTA

Los tipos de pacientes que se portan mal en el consultorio dental, son niños que no pueden superar o, no hacen frente a estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental.

El primer grupo se constituye de pacientes con afección emocional, pero no es un conjunto vasto. Es importante tomar en cuenta que el problema pudiera no estar diagnosticado.

El siguiente grupo es el de los tímidos, conformado por niños introvertidos, con socialización precaria, que temen los retos sociales relativos a la visita dental: La mejor técnica de manejo para ellos consiste en romper la barrera con la amistad.

El tercer grupo incluyen a quienes enfrentan dificultades por temor al odontólogo.

Otro grupo es el de no cooperador a quienes les desagrada la autoridad. Este tipo de pacientes detesta las citas dentales y basa su insatisfacción en una aversión de obedecer las órdenes de adultos.

6.1 Categoría I. Niño con alteración emocional.

La ansiedad es un dato confiable de alteración emocional; cuando la ansiedad

que acompaña a una cita dental, se complica con algún padecimiento emocional, a menudo se presenta una explosión conductual. Los puntos de vista emocional son: En términos generales, pacientes dentales muy eficientes. En el mejor de los casos, no es ameno trabajar con ellos es como si en su cuerpo no quedara niño alguno.

Con frecuencia no hay diagnóstico confirmado en estos casos los padres incluso los muy inteligentes y muy informados no tienen idea alguna de que algo está mal.

Acostumbrados al comportamiento de su hijo, con frecuencia pasan por alto las anomalías de la conducta de éste: El trastorno emocional también puede ser problema para los niños con hogares desintegrados y en otras circunstancias familiares poco deseables. Los niños de escasos recursos económicos tal vez sufran más alteraciones emocionales que otros de clases más privilegiadas.

Sin embargo la actitud profesional del odontólogo incluye expresar cualquier opinión que pudiera favorecer al bienestar del niño el odontólogo tiene la obligación legal de informar dicha situación a las autoridades respectivas.

6.2 Categoría II.

Paciente infantil tímido e introvertido.

La introversión o la timidez constituye un problema para mucha gente, incluso para los niños, en particular los muy pequeños.

Como la experiencia odontopediátrica es un encuentro humano bastante intenso que exige simpatía y comunicación entre el dentista y el paciente, es obvio que el niño muy tímido sufrirá estrés por tal experiencia. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas como el llanto. Por lo regular, éste adquiere la forma de un sollozo compensatorio. Rara vez el introvertido muestra comportamiento agresivo de evasión como un berrinche.

Desde hace tiempo, la profesión dental reconoce que los niños tímidos sufren un período complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental. Como con todos los niños, el primer objetivo del dentista es establecer simpatía, confianza y comunicación, con los niños tímidos, esto exige confianza, paciencia porque se encuentran poco capacitados para actuar con cuidado ante alguien y determinar lo que piensa o puede hacer.

El paciente es incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aún cuando lo eduquen el dentista o sus padres ya sea por su edad.

El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otra alteración emocional en su vida. Esta categoría abarca a quienes provienen de hogares en crisis agudas debidas a divorcios o separación eminente, niños que sufren abusos y otros que pierden algún familiar. Este grupo incluye a los que enfrentan otros problemas de salud.

Estas circunstancias generan, a menudo, alteraciones emocionales, los

problemas se resuelven por sí mismos con el tiempo pero cuando se presentan, complican mucho la actividad odontológica.

El niño incorpora miedo de sus compañeros, hermanos o padres lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.

El paciente sufrió una experiencia mala y dolorosa en el consultorio del médico, de otro dentista o en el hospital.

Estos son miedos aprendidos.

El infante presenta alguna enfermedad emocional.

Otro aspecto relevante: Si el mal comportamiento sucede por temor intenso o miedo al dentista, es importante que éste y él establezcan el hecho en términos bien claros. Cuando un niño se atemoriza tanto que resulta imposible obtener un comportamiento favorable, ambos adultos tienen la obligación de hacer todo lo posible para aumentar la ansiedad infantil referente a la odontología. Esto podría conducir a prosperar el tratamiento.

6.3 Categoría III. Niño atemorizado.

Un niño con miedo representa un reto enorme para el dentista, al atender este tipo de paciente, el dentista enfrenta un problema particular pues, a pesar de que el encuentro dental no es muy largo es intenso y requiere, de manera ideal, mucha cooperación del niño, como saber si el comportamiento de un niño no cooperador constituye una conducta motivada por el miedo u otra cosa es un problema complejo, la información, la experiencia y el sentido común permiten al dentista establecer de modo confiable las razones que motivan al niño.

Algunas de las conductas de un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica son:

El paciente es incapaz de eliminar sus temores ante la cita dental, aún cuando lo eduquen, el dentista ó sus padres.

El niño reacciona de manera exagerada a los temores por otras alteraciones emocionales en su vida. Está categoría abarca a quienes provienen de hogares de crisis agudas debidas a divorcio o separación inminente, niños que sufren abuso y otros que pierden a un familiar, cuando se presentan complican mucho la actividad odontológica.

El niño incorpora miedo de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.

El paciente sufrió una experiencia mala y dolorosa en el consultorio del médico, de otro dentista o en el hospital estos son miedos aprendidos.

El infante presenta alguna enfermedad emocional.

Por lo general es posible identificar a los niños muy atemorizados antes de iniciar las labores odontológicas. Lo conflictivo se refiere al paciente con padecimiento emocional.

6.4 Categoría IV. Niño rebelde ante la autoridad.

La causa reside en el rechazo a la autoridad. Al analizar esta situación, resulta sencillo observar que el dentista es una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio y, en consecuencia, constituye un candidato especial para estimular este tipo de conducta inadecuada.

Los objetivos mal dirigidos y su significado para los niños involucrados incluyen los siguientes:

1.- Atención indevida: A fin de satisfacer mi intenso apetito por sentirme superior, garantizaré mediante una conducta manipulativa, que mis padres me presten atención en el momento que yo quiera.

2.- Lucha por el poder: Para sentirme superior, estoy preparado para tener una lucha con mis padres con el fin de ganar su atención, sus características son, discute y contradice, realiza lo contrario a las instrucciones, causa enojo con la gente, hace berrinche.

3.- Revancha y venganza: Si no obtengo lo que quiero retaré a mis padres y los castigaré, sus características son carácter violento, busca venganza.

4.- Insuficiencia: Estoy convencido de que soy especial, soy totalmente incapaz de madurar, sus características son, se da por vencido con facilidad, rara vez participa, actúa de manera incapaz, muestra insuficiencia.

Es obvio que cada uno de los cuatro objetivos enfocados se agrava de un nivel al siguiente. Quizá el niño que tan sólo desea más atención encuentre en la odontología una experiencia agradable al ser una oportunidad de contacto personal individual.

El niño por la lucha, por el poder presenta una actitud agresiva y pudiera no tener compulsión alguna sobre discutir con el dentista o retar su autoridad.

Este paciente podría morder no es cálido ni agradable, y tal vez no reaccione a los premios y reconocimientos.

CAPITULO VII

DURACION DE LA CONSULTA DENTAL

Cuando se trata de los niños es importante la hora y la duración de la visita, se ha llegado a extender, con el fin de realizar el tratamiento por cuadrantes o el tratamiento completo en una sola visita, los niños no deben permanecer en la silla más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final.

Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierde su compostura, por muy tranquilo y deseoso que esté por cooperar difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento, no debe darse horas de visita a los niños que todavía no van a la escuela durante el periodo dedicado normalmente a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienden a reducir su capacidad de soportar molestias.

Los niños no deberán ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional sería porque el niño está experimentando en ese momento traumas emocionales y la visita al dentista sólo añadiría más ansiedad

y desconcierto, en estos momentos, sería muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse serias dificultades emocionales.

Por lo tanto el tiempo de visita debe tener una duración de 30 min. considerándose corta y de 45 min. se considera larga, tratando de realizar el trabajo por cuadrantes, para que el niño no deteriore su conducta por darle visitas prolongadas.

CONCLUSIONES

Con el conocimiento de los diferentes comportamientos de los niños, hacia el tratamiento dental, podemos realizarlo con éxito sin causar un trauma psicológico y lograr la cooperación adecuada del paciente.

Sin llegar a la necesidad de utilizar una técnica de anestesia general, o premedicación del paciente. Con la ayuda de un ambiente apropiado en el consultorio logrando la amistad del paciente y para terminar el tratamiento en el menor número de citas posibles, y obtener la cooperación del paciente.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

S.B. Finn
Interamericana

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

J.R. Pinkham
Casa massimo fields
Interamericana

MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLOGICA DEL NIÑO.

Louis W. Ripa
Editorial Mundi Saic.

ODONTOPEDIATRIA.

Enfoque sistemático
Bengt O. Magnusson
Salvat.