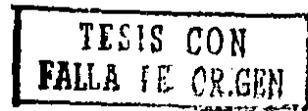


Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



"ANALISIS DE LOS METODOS DE MODIFICACION DE
CONDUCTA, EN LOS NIÑOS CON ANTECEDENTES
NEGATIVOS EN EL CONSULTORIO DENTAL"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

DOLORES CRISTINA CASTELLANOS CASTELLANOS

ASESOR: C.D. GUILLERMO HERNANDEZ O.

GUADALAJARA, JALISCO. 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

	Pag.
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I DEFINICION DE MIEDO.	
a) Temores objetivos	
b) Temores subjetivos.....	4
CAPITULO II ACTITUDES DESENCADENANTES DE	
FOBIA A LA ODONTOLOGIA.....	15
CAPITULO III MODIFICACION DE CONDUCTA	
"METODOS MAS COMUNES".....	24
CASUISTICA.....	49
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El propósito de esta tesis es presentar y analizar los métodos de modificación de la conducta en odontología pediátrica.

La conducta de un odontopediatra es una disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes en cuanto se relacionan a la situación dental.

El aspecto más importante del desarrollo es el concepto de habilidad o destreza.

Tomando este manual como base para reconocer esa serie de procedimientos nuevos basados en la practica diaria de la odontología pediátrica.

El término "Modificación de Conducta" se refiere a una aplicación explícita y sistemática de los principios y la tecnología derivados de la investigación en odontología clínica y en psicología experimental.

La primera tarea de la odontopediatría, y tal vez la más importante consiste en la preparación psicológica del niño en todo lo referente a los dientes y al odontólogo.

El niño debe adquirir una conciencia dental y aprender a superar sus miedos. Si consigue captar en forma progresiva el senti

do y la importancia de la prevención, se transformará en un paciente ideal que recurra con regularidad al odontólogo y le ahorrará este el innecesario trabajo del remedio.

De ahí que el odontólogo deba poseer necesariamente algunos conocimientos sobre psicología infantil, o dicho en forma más simple, sobre el comportamiento de los niños, para poder aplicar los conocimientos específicos de su profesión. Es importante que posea una inclinación natural hacia los niños y que sepa crear un vínculo amistoso con ellos. Debe dominar sus sentimientos no demostrar enojo ni impaciencia y, además debe saber que el niño percibe instintivamente toda muestra de inseguridad.

En cualquier situación el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental.

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero ten dremos que educar a los padres. El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño en el consultorio y su comportamiento.

La relación entre la odontología y el niño debe ser feliz desde su comienzo. Mientras más temprano se inicie esta relación en la vida del niño, más fácil será el lograrlo. Por lo tanto, idealmente debemos concentrar nuestros esfuerzos en instruir a los padres en la importancia de llevar a los niños preescolares al consultorio.

C A P I T U L O I

DEFINICION DE MIEDO.

- A) TEMORES OBJETIVOS.
- B) TEMORES SUBJETIVOS.

La guía de la conducta de un niño en el consultorio es un prerrequisito para su completa atención dental. Durante años esta consideración importante del tratamiento se ha practicado por alguna filosofía errónea debido a la relativa falta de información en lo que respecta a la preparación psicológica del niño para la experiencia dental.

Con la relativamente reciente proliferación investigación en el campo del desarrollo básico del niño y la resultante investigación clínica en la situación dental ahora somos capaces de obtener el manejo del niño en una forma más racional y efectiva.
(16)

El concepto olístico de la atención del paciente (tratar al paciente y no al diente) que debe ser efectivo con todos los pacientes es esencial con el niño debe de preocuparse por el niño en una forma total si el fracasa al atender a las necesidades psicológicas del niño pronto se encontrará a sí mismo con un paciente no cooperador.(14)

Para tratar al paciente niño que hasta cierto modo altera

la conducta de los adultos es la involucración integral e íntima de los padres en la relación, ya que muchas de las actividades de los niños hacia la atención dental son aprendidas de los padres, llega a ser necesario que ellos sean educados en ayudar a hacer que el niño sea favorable a la experiencia dental igualmente es claro que el acondicionamiento hacia el dentista y servicios dentales es por completo la responsabilidad de los padres ellos deben de aceptar esta obligación. (15)

Los errores efectuados por los dentistas frecuentemente se esconden de él por la naturaleza estoica del paciente adulto o por el fracaso subsecuente del paciente al regresar los efectos de los errores hechos con el niño no solamente tienen que ser encarados inmediatamente si no que muchas veces se tienen que lidiar con la visita subsecuente. Cuando el niño no desea regresar depende del dentista desarrollar una sensibilidad a las necesidades psicológicas de su paciente niño. (8)

Si los niños entran al consultorio por primera vez con temor o sin deseos de cooperar uno puede presumir que el acondicionamiento de los padres ha sido defectuoso aunque es responsabilidad de los padres inculcar a sus niños actitudes apropiadas hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres están completamente informados sobre y educados en los fundamentos necesarios en la psicología del niño (5)

El practicante debe de aceptar esta obligación como una parte rutinaria de sus prácticas. Si nosotros queremos tener buenos niños, primero debemos de educar a los padres. Un dentista que fracasa en hacer esto no está usando todos los medios disponibles para él, en el manejo del niño. (4)

Miedo: Perturbación angustiosa del ánimo por un peligro real o imaginario. (7)

El miedo es una emoción básica de auto-conservación: sin él, una especie sería destruida. Es por lo tanto, una reacción muy natural y es necesario reconocerla como tal. (9)

El miedo tiene dos clases; el miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. (17)

El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia. (5)

Hay dos miedos que el niño tiene cuando se enfrenta la situación odontológica.

El primero, es el miedo a lo desconocido es superado y el miedo al dolor.

El miedo a lo desconocido es superado familiarizando al niño con los procedimientos asociados con la odontología, y el miedo al dolor, eliminando a todos los estímulos dolorosos. (9)

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos la mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa del temor. (14)

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. (15)

Temor: Es una de las emociones que con más frecuencia su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso. (14)

Tipos de Temor: Los temores evidentes en los niños pueden ser adquiridos ya sean objetivos o subjetivos. (5)

Temor Objetivo: Los temores objetivos son aquellos que son producidos por estimulaciones físicas directa en los órganos de los sentidos y no son generalmente de origen paterno. Los temores objetivos son respuesta a estímulos que se sienten, se observan, se oyen, se huelen y se prueban y son desagradables o de naturaleza no placentera. (5)

Un niño que ha tenido contacto previo con un dentista y ha sido manejado tan deficientemente que indebidamente e innecesariamente se le ha probocado dolor necesariamente desarrolla un temor hacia tratamientos dentales futuros. (5)

Es difícil hacer que un niño que ha sido lastimado que regrese al dentista por su propia voluntad cuando él es inducido a regresar al dentista debe darse cuenta de su estado emocional y proceder lentamente para restablecer la confianza del niño en el dentista y tratamiento dental. (5).

Los temores objetivos pueden ser asociados por naturaleza. Los temores dentales pueden ser asociados con experiencias no relacionados. Un niño que ha sido manejado inadecuadamente o sujeto a dolor intenso por personas con uniforme blanco pueden desarrollarse un temor intenso hacia uniformes similares de dentistas o higienistas dentales, aún el olor característico de ciertas drogas o químicos previamente asociados con incomodidad puede provocar un temor no querido. Un diente doloroso puede asociarse con dolor con odontología y causar aprehensión al conectarlo con la cita dental. El temor también disminuye el umbral del dolor de manera que cualquier dolor producido en el tratamiento dental llega a ser aumentado y lleva a una mayor aprehensión. (1.)

Temores Subjetivos: Los temores subjetivos son aquellos ba-

sados en sentimientos y aptitudes que han sido sugeridos por otros sobre él, sin que el niño la haya experimentado personalmente un niño joven es susceptible a la sugestión.(5)

El temor subjetivo, en su mayor parte "cultivado en el hogar tal como los estallidos de amor o de rabietas.(14)

El niño pequeño no experimentado que oye de algo no placentero o de una situación que produce dolor, por un padre u otras personas, pronto desarrollan un temor a esa experiencia, la imagen mental que produce el temor se retiene en la mente del niño y con la imaginación vivida de la niñez llega a ser magnificado y formidable.(5)

Todo niño recibe, mucho antes de que pise por primera vez un consultorio informaciones del tratamiento odontológico. Estas experiencias transmitidas indirectas son por lo general desfavorables porque la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento odontológico. Más tarde tienen vergüenza de su miedo y exagerar los dolores soportados para disculpar su propio miedo.(8)

Un niño que oye que los padres o compañeros de juego, del supuesto terror hacia el consultorio dental, pronto acepta esto como real y llega a evitarlo lo más posible.(5)

Los niños tienen un temor intenso a lo desconocido, cualquier experiencia que sea nueva y desconocida para el niño produ

el temor hasta que el niño haya probado que no existe amenaza real en esa dirección. Su temor es un intento para ajustarse a una situación que él está convencido de que no existe razón para estar temeroso. El temor generalizado, la influencia de los padres es lo más importante en la educación del niño dentista.

Es importante que los padres informen a los niños de lo que pueden esperar en el consultorio dental. El niño debe estar familiarizado en forma general en los procedimientos con los que se conducirá y la aparición y descripción del equipo dental del consultorio antes de la primera visita dental. (5)

Con la odontología actual no es verosímil causar dolor por lo tanto ningún padre debe decirle al niño que se experimenta un dolor intenso, debe emplearse la honestidad sin exageración emocional.

Un niño que observa temor en otros puede pronto adquirir un temor al mismo objeto o evento tan real y genuino como se observa por el niño en otros. Esto es esencialmente el reflejo de el temor que se observa en los padres. (5)

El comportamiento de los padres y de otros miembros de la familia a menudo es uno de los factores más importantes que determinan la posición del niño frente al tratamiento dental.

(E)

Los temores de imitación pueden ser transmitidos subliminalmente y pueden desarrollarse por el padre y adquirirse por el niño sin ninguna preparación previa por lo general son temores recurrentes y por lo tanto más profundamente instalados y difíciles de radicar.(5)

La emoción que se efectúa como la ansiedad observada en la cara de los padres puede crear más impresión que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y va solo stress emocional transmite este temor inconscientemente a su niño que la está observando.(5)

Los niños tienen un miedo a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtenga pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Hasta que el niño está convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.(5)

Los adultos muchas veces no se dan cuenta de que los niños los escuchan y con mucha atención, aún cuando comprenden solo parcialmente, les queda grabado el tono emocional de la descripción de los hechos. Tal narración sugestiva muchas veces es suficiente para influir sobre el niño desfavorablemente tal vez por toda la vida.(8)

El manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el -

odontólogo debe procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. (14)

La educación de los niños para el tratamiento odontológico comienza como ocurre siempre con la educación de los adultos debe aconsejarse a los padres la preparación sistemática del niño. Los educadores, que en último término son todos los adultos porque todos tienen trato con niños, deben ellos mismos, ante todo deshacerse del miedo al dentista. (8)

Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor adquirido desarrollado por imitación de aquellos que temen. (14.)

Con el primer contacto el niño obtiene su primera experiencia ya sea para bien o para mal, para colaborar o para resistirse al tratamiento una experiencia que en cada nueva sesión se irá modelando. (1)

El odontólogo debería aprovechar más los conocimientos de la psicología de la propaganda que debería ser más directa y actuar con más decisión sobre la esfera emocional. Debería decirse lo mismo a los padres y a los niños respecto del tratamiento dental; solo la forma de información varía según la edad del niño. (16.)

Algunos niños llegan al consultorio dispuestos a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la manera en que el

odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que deje sensibilizado al niño y desarrolla en él sus propios temores a partir de padres, familiares y amigos.

(14.)

Un niño que siente debilidad en la seguridad de su patrón de rutina de vida puede estar confiado en una nueva situación y responderá con temor si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y su habilidad de razonar se desarrollan estos temores adquiridos se descartan uno por uno a medida que la experiencia y el intelecto le enseñan que existe poco por que temer. (5)

Los temores más tempranos del niño asociados con la odontología son aquellos hacia lo desconocido y a lo inesperado. Cualquier estimulación intensa o repentina de los órganos de los sentidos esto le provocó temor al niño, por lo que no los espera el ruido y vibración de la pieza de mano y la presión que se ejerce en el uso de los instrumentos de mano en la preparación de cavidades también produce temor en el niño muy pequeño al menos que el dolor sea severo él por lo general le teme al ruido de los procedimientos dentales más que lo hace a cualquier otro tipo de dolor ya que el niño pequeño también teme al caerse, teme a los movimientos repentinos e inesperados, el bajarlo rápidamente o

recargarlo rápidamente en el sillón dental sin avisarle esto
le puede provocar temor. (5)

C A P I T U L O II
ACTITUDES DESENCADENANTES DE LA FOBIA
A LA ODONTOLOGIA

El niño debe enfrentarse a niños porfiados. Su obstinación muchas veces es debidamente a la educación equivocada.

Padres muy indulgentes e inconsecuentes raras veces son capaces de dominar a sus hijos, y menos aún cuando se trata de una situación tan delicada, como se presenta a veces durante el tratamiento odontológico. Cuando se trata a un niño así por primera vez, se meditará bien si se influirá mejor sobre el niño procediendo energéticamente, o si sería preferible premedicar para no comprometerse con un eventual fracaso no solo una educación débil, sino también una dura y autoritaria, pueden originar una obstinación en el niño, que luego se manifiesta en el consultorio.(8)

El grado de miedo y la reacción del niño, dependerían mucho de su experiencia anterior, esto no es solo su experiencia de vida total sobre todo en el hogar, si ha sido su mayor parte agradable y predecible. Entonces podrá considerar su primera visita al odontólogo como algo grato, si por otra parte su experiencia previa con las cosas nuevas le ha llevado a considerarlas con

sospecha, entonces puede estar genuinamente asustado cuando encuentra a un extraño en el ambiente. (9)

La conducta de un niño en una situación determinada puede manifestarse habitualmente en las técnicas adecuadamente controladas. Antes que estas puedan aplicarse, es fundamental conocer bien la naturaleza exacta de la conducta exacta que se requiere del niño en cada momento y un cuadro definitivo de los patrones de conductas indeseables. Una vez que esto está en claro, entonces las conductas deseables deben ser recompensadas en esta forma, el paciente será estimulado para que se acerque a la conducta deseada y se aleje de la improductiva.

Pero en muchísimos casos el niño no puede controlar la ansiedad que le provoca tener que enfrentar la situación odontológica, aún para un examen de rutina. Seguramente porque la profundidad del conflicto hace que no llegue a su conocimiento directo. (11)

Uno de los obstáculos más grandes para el tratamiento dental es la imagen falsa que tiene el niño respecto del ambiente de la práctica odontológica y la manera de tratamiento, el niño debería ver con sus "propios ojos" cómo es un consultorio dental. (8)

Protección excesiva: Todo niño necesita amor y afecto. El impulso protector de los padres puede volverse excesivo e integ

ferir en la educación normal del niño. Generalmente el niño que está excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo. (5)

Generalmente el niño que está excesivamente protegido no puede tener iniciativa propia y menos poder tomar decisiones por sí mismo. Se presta ayuda al niño en toda tarea a realizar, la madre ayuda al niño a vestirse y alimentarse, pudiendo realizar estas tareas el niño, así mismo interviene en sus actividades sociales, tales como el juego y la escuela.(4)

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva.

Este tipo de niños son muy tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social, ya que están acostumbrados y a que todos vean por él, son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas.

Los niños así constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud, son educados, obedientes y reaccionan bien, sin embargo frecuentemente a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper esa barrera y así ganarse la confianza del niño y lograr que se convierta en un buen paciente dental.(5)

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan demasia

dos lujos a sus hijos, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que los rodea, a estos niños se les educa haciéndoles creer superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoistas y tirantes, si no se les da lo que piden se impacientan, les da ataque de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no cumplen sus deseos. (13)

Rechazo: Muchos grados de rechazo desde la ligera indiferencia hasta el completo rechazo a causa de problemas emocionales.

El padre medianamente indiferente tiene niños que se sienten inferiores y rechazados son inseguros de si mismos y de su lugar en la sociedad, desarrollan resentimientos y no son cooperadores, en el consultorio este niño puede ser difícil de controlar cualquier manifestación de desobediencia por parte del niño no debe ser enfrentado con rechazo si no con un esfuerzo de amistad y comprensión.

Los niños no deseados o rechazados no solo sufren falta de amor y efecto, si no que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimulación y sentimientos de incapacidad que los llevan a ansiedades profundas. Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, com-

bativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. (5)

En muchos casos el niño rechazado desobedece la atención que se le está llamando el niño debe recibir atención cuando él decide obedecer pero no cuando desobedece. (13)

Los niños son rechazados a veces debido a que existen celos entre el padre y la madre, debido a conflictos económicos o que los padres desean un hijo de sexo contrario, o por falta de madurez y responsabilidad de los padres. Un niño con padres así generalmente se desarrolla en un niño egoísta, resentido, vengativo, desobediente, inquieto. (18)

Conducta de los padres: Principalmente a lo largo de las relaciones interpersonales de los niños existe aquellos con sus padres, si las aptitudes de los padres, hacia los niños están defectuosas la conducta de los niños puede estar tan alterada que lo puede volver un paciente dental no satisfactorio. (15)

Algunos padres toman actitudes extremas hacia sus hijos por una gran variedad de razones algunas actitudes se efectúan con la completa realización que no están produciendo un ambiente saludable para el niño y aún así los padres parecen no estar muy preocupados con las consecuencias. (5)

Otros padres desarrollan estas actitudes defectuosas totalmente sin estar conscientes de sus sentimientos hacia su descendencia y obviamente hacia el hecho de estar dañando al niño emocionalmente.

Es necesario decir que las actitudes paternas erróneas pueden alterar la conducta del niño de manera que el manejo en el consultorio dental sea un procedimiento difícil.(15)

Sobre protección: los padres sobre protegen al niño por lo general al niño no se le permite usar su propia iniciativa o tomar decisiones por sí mismos, constantemente le ofrece ayuda al niño. La sobre protección puede manifestarse ya sea en dominio extremo o indulgencia extrema.(18.)

El padre dominante habla del niño como delicado y temeroso hace que el niño sea delicado lloroso y temeroso, tienen como sentimiento de inferioridad y muchos temores.(16.)

Estos niños pueden ser pacientes ideales porque son obedientes y responden bien a la disciplina.

Los padres sobre indulgentes presentan niños que tienen un tiempo difícil conforme a su ambiente social no son forzados a enfrentarse a las realidades y por lo tanto demasiada atención, afecto, y servicio debido a que ellos han sido

acostumbrados a sentirse superiores a otros. Puede ser inconsi-
derados autosuficientes o tiránicos si sus demandas no son sa-
tisfechas pueden convertirse en impacientes y hacer berrinches.

(5)

Sobre ansiedad una actitud caracterizada por una preo-
cupación indebida por el niño usualmente da como resultado de
una tragedia previa, usualmente está asociada con un sobre
afecto, sobre protección o sobre indulgencia, estos niños usual-
mente son tímidos y temerosos.

La ansiedad es un estado emocional que se origina en
fuentes internas, tales como fantasías y expectativas no rea-
les. (13)

Ansiedad excesiva; Esta actitud se caracteriza por preo-
cupaciones excesiva por parte de los padres por el niño, como
resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue conse-
cuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmen-
te con exceso de afecto y protección. No se permite que al niño
que juegue o trabaje solo estos niños son tímidos uraños y teme-
rosos son generalmente buenos pacientes si se les influye para
que lo sea. (5)

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy rela-
cionada con el estado del temor. Edeston estima que algunos ni-

ños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superarán esos sentimientos.

Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia. Si el niño está realmente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con suma lentitud. (14)

Dominación: Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica.

No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores o más avanzados.

Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión y sumisión e inquietud, puede ser común el negativismo, puesto que tiene miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las ordenes despacio.

A estos niños si se les trata amablemente durante su visita al gabinete dental estos niños llegarán a ser buenos pacientes odontológicos.

Identidad: en ciertos casos los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos, al hacerlo, quieren dar al

niño todas las ventajas que les fueron negadas.

Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción.

El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Lloro con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso.(5)

Estos niños reaccionan en el consultorio dental en forma lenta ya que obedecen pero no están de acuerdo con ello,mas ya que se convencen llegan a ser buenos pacientes.

Es importante considerar las actitudes de los padres, es necesario cierto grado de nominación por parte de los padres y de su misión por la de sus hijos para que esto se ajuste a patrones culturales actuales.(3).

El consultorio es una experiencia nueva, por lo tanto, se necesita la confianza y seguridad que solo un padre o una madre pueden dar, a través de la educación y así ayudarlos a ser buenos pacientes odontológicos.(18)

C A P I T U L O I I I
MODIFICACION DE CONDUCTA
" METODOS MAS COMUNES "

Al tratar con un paciente excesivamente ansioso, el dentista intenta dos conductas básicas; la farmacológica y la psi-cológica, estas conductas son complejas y variadas y pocos clí-nicos están completamente capacitados o conocen su potencial para controlar la ansiedad, los métodos psicológicos van desde las técnicas casuales como seguridad, estar confortable o cómo-do, hasta las técnicas más exactas de terapia de relajación el hipnotismo. El control farmacológico también varía desde la mediana al control total, es un extremo del aspecto está la premeditación, con la tranquilización ligera contra drogas sedantes y la administración de analgesia mediante óxido nitroso, el control más extremo involucra el tratamiento del paciente bajo anestesia general, debido a estas técnicas de manejo tan varia-das ningún paciente necesita ser clasificaco como intratable, solamente debido a su ansiedad, existe probablemente una línea fina de distinción que existe entre el paciente dental agudamente ansioso (uno cuya ansiedad es diversa para los otros aspec-tos de la experiencia dental y es permanente, y el paciente con fobia a la odontología).(16)

Los pacientes con fobia a la odontología por lo general muestra dos fenómenos de conducta generales hacia la experiencia dental:

1. Muestran una ansiedad aguda hacia todos los aspectos de la experiencia dental, existe aún respuesta de ansiedad, simplemente para la cita dental.

2. Estos pacientes no son capaces de mejorar en su habilidad para manejar la ansiedad; el primero de estos criterios, la ansiedad aguda ciertamente no es rara, y por sí sola no puede aislar realmente o confiablemente a estos pacientes que en realidad necesitan más que el consejo que el dentista puede ofrecer, la ansiedad en una situación dental puede tener una gran variedad de fuentes, uno puede ver estos orígenes en tres categorías generales. (16)

La primer categoría incluye a los pacientes que tienen ansiedad como función o causa que se les hace difícil comprender lo que involucra la atención dental, la edad del paciente se que es una consideración importante en esta categoría; mientras mas joven sea el paciente, se necesita más explicación para el paciente y los padres, los padres necesitan saber como preparar a sus niños para la atención dental y los niños necesitan ser tratados con honestidad de manera que ellos esten

alertas de que probablemente se presente dolor en el proceso del tratamiento, si los padres no pueden preparar a sus niños adecuadamente, entonces el dentista necesita pasar más tiempo con estos pacientes durante las citas iniciales, el niño retardado mentalmente también puede tener excesiva ansiedad debido a que el dentista fracasa en recordar tratarlo en una fase más lenta y explicar repetidamente y en términos simples lo que va a pasar. (16)

La segunda categoría incluye al paciente que tiene ansiedad en función a que previamente ha tenido una experiencia temerosa durante el tratamiento dental, la experiencia previa puede ser real o imaginada, los parientes, los hermanos y otros miembros de la familia frecuentemente alimentan estos temores describiendo experiencias dentales alarmantes; otros grupos importantes de pacientes en esta categoría son aquellos que han evitado el tratamiento dental satisfactoriamente mediante náuseas o llanto durante el tratamiento dental, estas técnicas para evitar, pueden actuar, en realidad aumentar la ansiedad, debido a que el paciente no permanece en la situación temerosa demasiado tiempo como para aprender que él no está temeroso como piensa. (16)

La tercera categoría incluye pacientes que tienen an-

siedad en la situación dental como función de otras situaciones físicas o emocionales, ejemplos de pacientes de esta categoría incluyen los alcohólicos o adictos a drogas, las presiones que estos pacientes están experimentados pueden grandemente aumentar su reacción a la situación dental. (16)

En la segunda categoría de ansiedad como función de precedente histórico la que importa la mayoría de estos pacientes cuya ansiedad intensa hacia la odontología se ayuda más efectiva y eficientemente mediante el consejo psicológico, las condiciones que involucran las otras categorías pueden solventarse con tiempo e inherentemente son lo suficientemente severas para garantizar terapia psicológica extensa, sin tomar en cuenta las actitudes del paciente hacia la odontología, una incapacidad para mejorar este manejo en la ansiedad es el segundo criterio general del paciente odontológico que puede ser un candidato para consejo psicológico, el asesoramiento de la mejoría del paciente en el consultorio dental sobre un período de tiempo, es el método más confiable para asegurar como el paciente está manejando su ansiedad el dentista sin embargo, no siempre puede tener confianza en su evaluación del progreso del paciente, también si el paciente, continuamente rompe sus citas debido a la ansiedad, la salud del paciente puede comprometerse severamente, para ayudar a solventar estos problemas se ofrecen

criterios para la identificación del paciente, según que deben ser, ya se ha referido hacia consejos psicológicos antes del tratamiento dental o debe tener una consulta con el psicólogo en su programa de tratamiento dental o debe tener una forma de criterio. (16)

Primero una generación de la respuesta temerosa hacia otras situaciones de salud como la visita al médico familiar, examinación ocular o a alguna otra por el estilo.

Segundo criterio es evitar el tratamiento dental hasta el grado que los problemas personales se agraven debido a razones cosméticas o razones de salud, por ejemplo, las oportunidades de trabajo, por lo general se pierden debido a la apariencia dental pobre, cuando existen antecedentes de estar evitando la atención dental en forma prolongada es otro criterio, el paciente puede desarrollar ansiedad intensa, a pesar de una historia de técnica farmacológicas y psicológicas apropiadas del dentista, el paciente cuya reacción a la experiencia dental resulta en una o varia combinación de estas manifestaciones. (16)

La conducta de los niños en el ambiente dental:

En el primer plano de todos nuestros esfuerzos está la lucha contra el dolor. Si el niño en varias secciones sucesivas no tiene experiencias, no tiene desagrado. Pierde todo temor y

se somete con toda la tranquilidad al tratamiento, sin necesidad de medidas estratégicas no solo es una exigencia psicológica, sino también ética. (8)

La personalidad del niño presenta una gran labilidad emocional. Si bien, por medio de una buena preparación psíquica, es posible evitar una manifiesta falta de cooperación, todo resulta más difícil cuando el niño de antemano toma una posición negativa. (8)

Los cooperadores, están razonablemente relajados, tienen agresiones mínimas, tienen buena disponibilidad hacia el dentista y están interesados en los procedimientos dentales. Muchas veces se ríen y disfrutan la situación, cuando se desvía su conducta, o cuando se les ha establecido una guía para su conducta estos niños se mueven dentro del marco previsto, ellos presentan un nivel razonable de cooperación que siempre permite al dentista funcionar efectiva y eficientemente. (15)

2.- Los niños que les falta habilidad para cooperar; en contraste con el niño cooperador, está el niño que le falta la habilidad para cooperar, esta categoría incluye los niños pequeños con los cuales la comunicación no puede establecerse, debido a su edad a ellos les falta capacidad para cooperar, no pueden tener mayores problemas, de conducta, estos niños se han re

ferido estar el período precooperativo o precooperador, probablemente un período temporal en su desarrollo, en términos generales. (15)

Un segundo grupo no tiene habilidad para cooperar con aquellos con condiciones debilitantes específicas o de incapacidad, las habilidades o condición prohíbe la cooperación de una manera usual, cada día se ven más niños especiales en los consultorios dentales.

3. Niño potencialmente cooperador, la tecnología generalmente aplicada al niño potencialmente cooperador es el niño con problema de conducta, este niño difiere de un niño que le falta capacidad para cooperar, en que el tiene capacidad para desarrollar cooperatividad, cuando se caracteriza en potencialmente cooperador el juicio de que la conducta de niño puede ser modificada, esto es que el niño puede ser cooperador.

(15)

1. Conducta no controlada, cuando ocurre una reacción de conducta no controlada en un paciente potencialmente cooperador usualmente se observa en un niño joven de 3 a 6 años, la reacción, una forma de berrinche puede iniciar en el área de recepción o aún puede ocurrir antes de que el niño entre al consultorio, esta conducta también se ha llamado incorregible, se

caracteriza por lágrimas, llanto ruidoso, movimientos físicos y movimientos de brazos y piernas, todos ellos sugieren el estado de ansiedad aguda. Solo ocasionalmente este tipo de conducta se observa en niños mayores, los niños de edad escolar tienden a moderar su conducta después de la de los adultos o hermanos mayores, la conducta inmadura o incorregible no debe ser consistente con su autoconcepto, si ocurren en el niño mayor existen probablemente razones con raíces más profundas, un intento para comprender las razones.

Por lo general revela situaciones que pueden llevar a la solución, debe enfatizarse que tres retos inmediatos se enfrentan al dentista cuando se presenta una conducta incontrolable.

1. El niño debe remover o debe retirarse del área de recepción tan pronto como sea posible. (15.)

2. Los movimientos o el berrinche del niño debe ser restringido, esto es necesario para evitar que el niño se cause daño físico así mismo, así como para el nivel del control de la situación y físicamente debe establecerse comunicación con el paciente. (15.)

3. Conducta desafiante. Aunque la conducta desafiante puede reconocerse en los niños de todas las edades, es más típica

ca en grupos de escuelas públicas, hasta cierto grado, la conducta desafiante es controlada, esto se distingue por: yo no quiero, yo no tengo que, o yo no lo haré, los niños que reaccionan de esta manera es por que los padres no estan dando su ficiente guía para su conducta.

Cuando son traídos al consultorio, en contra de su deseo, ellos protestan, así como protestan en casa, los niños que tienen este tipo de conducta, se refiere como niños maltratados, una técnica firme e inflexible por lo general, cambia esta conducta, dramáticamente, deben establecerse una guía definitiva para su conducta, una vez hecho esto por lo general, estos niños llegan a ser altamente cooperadores, por lo tanto el dentista debe llamar a su ego o a su bluff. (15)

CONDUCTA DESAFIANTE:

Se hará un intento por atender una comunicación con frecuencia parece difícil llegarle al niño pero él está muy consciente de lo dicho por el odontólogo.

Es importante ser firme, confiado y establecer lineamientos para la conducta. (4)

El acto de desafío puede reflejar una ansiedad o temor subyacente, una vez establecida la comunicación, los pacientes de esta categoría pueden tomarse muy cooperadores. (4)

El desafío puede manifestarse también como resistencia pasiva, los más jóvenes se sientan en el sillón y se rehusan a responder verbalmente, cuando el dentista intente involucrar al niño en el procedimiento, esto resulta en falta de comunicación. (15.)

Cuando se intenta el exámen intraoral, el paciente puede rechazar la situación rechinando los dientes o forzando la oclusión, la táctica de resistencia pasiva, por lo general se encuentra más en niños mayores que están por alcanzar la adolescencia, estos niños tienen libertad de expresar sus gustos y disgustos en casa, ellos pueden elegir su forma de vestir y pueden ir a muchos lugares que ellos elijan; cuando son traídos al consultorio, sin ellos desearlo, ellos han sido forzados a una situación que ha violado su libertad, cuando se tratan como jóvenes, su autoimagen está afectada, se rebela, la situación de resistencia pasiva pueden provocar problemas de conducta. (1.)

Debe usarse firmeza. Se debe intentar comprenderlos y relacionarlos si ellos expresan disgusto por la odontología, estar de acuerdo que la odontología no es algo placentero, sean honestos, una vez que ellos converzan, se puede discutir un punto de vista maduro, sobre el problema de los temores dentales y

las causas por las cuales no quiere atender su salud dental.

(15.)

CONDUCTA COOPERADORA TENSA:

La conducta de ciertos niños puede ser juzgada como en la línea o en la división entre positiva o negativa, típicamente estos niños aceptan el tratamiento que se les proporciona, no exhiben violencia ni conducta mala física y no pueden ser clasificados como tímidos, sin embargo, están extremadamente tensos, el término cooperador tenso ha sido impuesto específicamente este tipo de conducta. (15.)

Los ojos del paciente siguen los movimientos, ya sea del dentista o del asistente se puede oír un temblor cuando ellos hablan, pueden estar sudando notablemente por la palma de las manos o en la planta de los pies, controla sus emociones, debido a que ellos aceptan el tratamiento, el practicante ocupado o no observador fracasa en ver los problemas. El resultado puede ser el desarrollo de una actitud que va en detrimento de su futura salud dental, estos niños crecen aceptando la odontología pero internamente están a disgusto o fuera de proporción de sus experiencias personales. (18.)

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requiere estar constantemente

te alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción de el paciente. Habitualmente cooperadores, estos jovenes soportan ansiedad lo mejor que pueden. Los signos manifiestos de aprensión retorcerse las manos, transpirar, cogerse del sillón, también pueden ser indicio de incomodidad.

(15)

CONDUCTA TEMEROSA.

Algunas de las causas ocultas del temor han sido discutidas en una parte previa a este capítulo. Una de las mayores incapacidades de la odontología está en las caricaturas y comentarios en periódicos, magazines y películas, dicha publicidad intenta crear una carcajada, desanima a mucha gente a visitar el consultorio. El temor puede ser superado solamente mediante establecer consulta en el individuo, la imaginación llega muy alto en los niños a medida que ellos llegan al consultorio y al operatorio por primera vez y que sorpresa tan placentera, cuando ellos son recibidos con una sonrisa cortés, y comprensiva por parte del asistente y del dentista. Le cuesta muy poco al dentista y al asistente ser de esa manera y esto paga muchísimos dividendos, a todos nos gusta ser tratados bien, así como reconocidos, y cuantas veces una lágrima se ha detenido por cierto tipo de actitud favorable, siempre existe algo que uno

pueda alabar del niño, como el pelo, los zapatos, el vestido, la estatura, o su forma de ser. (18)

El niño tímido retraído, o corto. Los niños pueden ser tímidos o retraídos por un gran número de razones; falta de oportunidad para conocer personas fuera del ambiente hogareño, muy poco afecto por parte de los padres, el ser un niño único, o críticas excesivas o actitudes restringidas por sobre autoridad o por exceso de autoridad de los padres, este grupo puede incluir también al niño psicológico y emocionalmente inmaduro y por lo tanto dependiente, es fácil detectar al niño promedio que es asustadizo o temeroso, él tratará de ocultar su cara por detrás de la falda de la mamá, o él verá hacia el piso en otra dirección cuando se le llama. Responde a pocas de las preguntas o comentarios y falta cooperación cuando él está envuelto por su concha, esta reacción es común en los niños preescolares particularmente el niño que no ha ido a la guardería, los niños, de lugares rurales o semirurales están más afectados por el temor que los niños de áreas urbanas, que por lo general tienen más experiencia con otras personas. El dentista y el asistente deben hacer cualquier esfuerzo para hacer que el niño, así como el padre se sientan en casa y lo más pronto posible, el niño en estos casos frecuentemente puede ser alcan

zado mediante su mamá. (15)

El primer nombre del niño o el nombre del niño, debe aprenderse tan pronto como sea posible, y por lo tanto, hacer algo acerca de su fobia, todo niño tiene alguna mascota o hobbie o un proyecto que a él le gusta, y por lo tanto responderá favorablemente si el dentista o el asistente muestran un interés sincero en su mascota o hobbie, los niños jóvenes y las niñas de granjas en la mayoría de los casos asisten a escuelas rurales, de manera que sus experiencias, juegos, y potenciales de conversación, son hogareños. (18)

A estos pequeños hay que acercárseles confiada y a la vez cariñosa calidad y humanamente lo mejor es un abordaje suave, en clave menor y se debe delinear claramente las bases para la sesión, estos niños suelen reaccionar mejor ante las mujeres inicialmente de modo que la utilización de personal femenino en la orientación puede resultar un beneficio a las aptitudes, una vez iniciado un nivel cómodo, el odontólogo puede entonces participar. (15)

La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez, suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un pe

ríodo de " precalentamiento". Necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo. (14)

CONDUCTA LLOROSA.

Este tipo de reacción puede resultar muy frustante para todos los miembros del equipo odontológico. Más aún, puede elevar los niveles de ansiedad de todos los circunstantes. Requiere gran disciplina para seguir acercándose a estos niños de manera racional y objetiva. El niño suele gemir cualquiera que sea la naturaleza del procedimiento, hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos. (15)

El llanto temeroso: Por lo general lleva muchas lágrimas, procede del temor, por lo general infundido por familiares o hermanos que le han dicho a un individuo, te va a picar con una aguja de nueve pies de largo, Steward dice que las ansiedades pueden evitarse si el dentista explica antes lo que se va hacer. (15.)

Llanto Obstinado: Parece sirena, por lo general incluye berrinche y Steward afirma que se debe actuar con autoridad junto con comprensión. (18)

Llanto temeroso: Frecuentemente marcado por Mohanin y algunas veces duele. El tratamiento, una buena anestesia y la

eliminación de la fuente de dolor.(18)

GUIA PARA EL MANEJO DE LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO DENTAL.

El manejo exitoso del niño, probablemente se relacione con los procedimientos del consultorio, así como por las relaciones específicas entre el dentista y el paciente.

Un formato de consultorio para diseñar, minimizar o para disminuir la ansiedad del niño, y se encuentra bajo principios sanos de manejo, puede facilitar grandemente el tratamiento del niño podemos considerar un método de manejar al padre a través de la práctica.(16)

Condicionamiento: Cuando el niño llega al consultorio para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa de este tipo, se puede establecer pautas de comportamiento apropiado mediante refuerzo positivo. Los principios esenciales de la psicología serán implementados como rutina. Se utilizará un simple enfoque de diga muestra haga y se tomará todos los cuidados para asegurarse que el niño esté bien informado de los procedimientos pendientes.(15)

Resistencia: La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y de hecho el niño se rebela contra el medio. Puede hacer despliegue de rabieta o provocar vómitos cuando no se adapte. La reacción es otra manifestación de an-

siedad. El niño tiene dificultades con este tipo de pacientes principalmente por la comunicación entre sí. (14)

Conducta descontrolada: El equipo odontológico no debe tomarse como una cuestión personal el despliegue de una rabieta en un niño. La mayoría de las veces cabe preveer este tipo de conducta cuando al paciente está en la sala de recepción, y los padres con frecuencia se lo advierten al personal.

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pide al padre que haga pasar al niño al consultorio. Una vez sentado el niño se procurará determinar si básicamente se trata de un niño desafiante o sumamente ansioso.

(15)

El niño no cooperador: La mayoría de los niños concurren al odontólogo en un estado mental bastante neutro, cooperan si se les trata correctamente por eso, para comenzar, si las conductas deseables son recompensadas, establecerán rápidamente, y no se desarrollan las indeseables, sin embargo, ocasionalmente a menudo por una experiencia previa infortunada, un niño comenzará siendo cooperador.

En esos casos los mismos principios comentados, servirán para ganar su cooperación; no obstante en lugar de establecer simplemente un patrón de conducta, es necesario reemplazar un

tipo de conducta por otro. (9)

Recondicionamiento: Los niños que necesitan esta técnica demuestran ansiedad, temor o simplemente pautas de conducta negativa. En la raíz de cualquier enfoque está la capacidad para establecer comunicación y "rapport" con el niño. (15)

Restricción: El uso de cualquier tipo de fuerza ha sido un punto de controversia en odontología durante años. Utilizando como técnica exige gran precaución y una consideración racional. La restricción puede tomar una diversidad de formas, desde poner las manos sobre los hombros o el pecho o la mano sobre la boca.

Se ha empleado toda una variedad de denominaciones para describir esta técnica, desde "aversión" hasta "terapéutica de sorpresa emocional". La consideración esencial residirá en la naturaleza de la pauta de conducta del niño. (15)

El objetivo es lograr el control del paciente y, si fuera necesario impedirle que emita sonidos cubriéndole la boca con la mano.

Logrando esto, se le habla tranquilamente al oído explicándole que tan pronto como comience su cooperación, cesará toda restricción. Idealmente al niño capitula y comienza la comunicación entre el odontólogo y el paciente. (15)

Un soborno se permite para promover buena conducta, una recompensa es el reconocimiento, sin haber prometido algo previamente. El mandar una tarjeta de cumpleaños o el día de San Valentín a los niños, es una práctica particularmente elogiabile que conducirá recompensas más tangibles para el dentista que empleó está práctica.

Todas las consideraciones y reconocimientos como las mencionadas se limitan solamente por la imaginación creativa del practicante. (18)

Ciertas reglas generales deben expresarse en lo que respecta a conversación con el niño, usted y su auxiliar deben ser sinceros amistosos e interesados en el niño, deje que el niño entre en la conversación, por ejemplo: haga que el niño hable acerca de lo que él o ella quiere hablar. No mal interprete haciendo normas en la comunicación, se pueden mencionar varias reglas generales sobre la conversación con los niños, usted y su auxiliar deben ser sinceros. (13)

Reconocimiento del niño: Darle regalos a los niños después de la cita, es una práctica muy común entre los dentistas. Siempre existe un aspecto en la conducta del niño que puede ser alabada y premiada con un regalo, anillos, pelotas, chicles sin azúcar, y cosas por el estilo, los regalos nunca deben usarse

como soborno, si tu te sientas derecho y abres grande tu boca te dará un premio. (13)

MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Las conductas psicológicas apropiadas son de importancia primordial para controlar la conducta del niño paciente. Dichas conductas eliminarán las aprensiones del niño y establecerán la conducta entre el niño y el dentista. No frecuentemente se encontrará un problema de conducta que requiere de métodos extraordinarios para alterar la conducta al grado de que se pueda suministrar la atención. (1)

No existen fórmulas sencillas para determinar qué método deberá emplearse en una situación dada, frecuentemente el dentista se siente incapacitado por el problema de conducta difícil, cuando él todo lo que necesita hacer es avanzar, decidirse, o aumentar la velocidad en lo que va hacer la administración de anestesia y la colocación de dique de hule por detrás de él. El lo hace así, haciéndolo, no contemplando. (18)

Se anticipa que la familia con las técnicas de manejo y con el desarrollo de la experiencia, el dentista estará capacitado para razonablemente emplear dichos procedimientos necesarios para resolver el problema de conducta, reacondicionamiento y de sensibilización, mediante el proceso de condicionamiento

y recondicionamiento el niño aprende a aceptar y disfrutar los procedimientos dentales, él pierde su temor a la odontología debido a que él aprende que lo no familiar no es un peligro a su seguridad, mediante la desensibilización.

El niño pierde su sensibilización o temor hacia los aspectos de la odontología que él teme, mediante empatía y tacto se puede establecer buena comunicación y los procedimientos llegan a ser experiencias placenteras para el niño y el dentista.

(16.)

LAS TECNICAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE SON:

1. examinar
2. diagnosticar
3. tratar
4. entrenar al niño para aceptar la odontología.

La conducta clásica para reacondicionamiento se basa en el diga, muestre, y haga.

1. DIGA: Explique al niño exactamente lo que usted va hacer, dígaselo antes de hacerlo, mientras usted lo está haciendo y después de que usted lo ha hecho, su voz deberá ser suave pero firme, confiable y continua, usted deberá ser sincero con el niño, si va a sentir algún dolor o inconformidad, dígaselo, esté seguro de asegurar palabras que el niño pueda comprender, ha

ble sobre situación dental. Algunas veces hablar de otras cosas como la distracción, está indicado pero no a expresar de que el niño no esté suficientemente informado sobre lo que usted esté haciendo.

No hable como niño, hable en el nivel del niño o ligeramente por debajo, sea cauto en no usar palabras que causen temor, use molestia en lugar de dolor, use pellizco en lugar de piquete, etc. y por último, siempre sea honesto. (16)

2. MUESTRA: Al niño lo que debe esperar, antes de anestesiarle dígame al niño lo que usted va hacer, pero siempre demuestrele de la manera de como lo va a sentir, pellizque su brazo o mano como demostración de lo que va a sentir el pellizco en la boca, recuerde que usted puede demostrarle a un niño a través de todos sus sentidos, él puede ver, tocar, mantener y oler. Aunque el demostrar al niño es una guía básica, es preferible evitar mostrar instrumentos que le provocarán temor, por lo tanto se prefiere una técnica de instrumentación que traiga el equipo. (16.))

3. HAGA: Lo que usted dijo lo que iba hacer, use la misma voz y describa lo que usted está haciendo mientras lo está haciendo, no lo haga hasta que el niño esté completamente consciente de lo que usted va hacer. (16)

CONTROL DE VOZ: El control de voz del dentista al dar órdenes, que ya sea interrumpida una conducta inapropiada por el niño, o iniciará una conducta apropiada por el niño, o iniciarán la conducta apropiada del niño. El uso de control de voz generalmente requiere incremento en el volumen y convicción. (14)

RESTRICCION FISICA.

Para la mayoría de los niños la inyección de la solución anestésica local es el procedimiento menos placentero que ellos deben sufrir en el consultorio dental muchos niños llegan muy aprensivos, antes y durante el procedimiento de la inyección haciendo difícil que el dentista y el asistente controlen sus movimientos. Estos mismos niños que son un problema de manejo serio durante la inyección frecuentemente se calman y son cooperadores en el resto de la cita. La restricción física puede ser empleada por pocos minutos necesarios para terminar este procedimiento que produce ansiedad en anticipación con el fin de que el niño llegue a ser cooperador tan pronto como se complete este paso inicial. (18)

La restricción física involucra la restricción del movimiento de la cabeza del niño, sus manos, pies y el cuerpo. Frecuentemente es posible que el dentista y el asistente restrin-

jan al niño la cantidad necesaria, otras medidas incluyen el uso del pedi-wrap. (una cubierta de naylon que se envuelve al rededor del cuerpo del niño y rapidamente cualquier movimiento corporal. (14)

SEDACION.

La premedicación deberá ser empleada para mejorar a un niño, deberá usarse para ayudar a un niño que es cooperador pero ansioso, temeroso, nervioso, aprensivo hacia una experiencia difícil cuando se emplea la premedicación es una manera efectiva de aprender a cooperar por el niño, para aprender a manejar efectivamente con sus ansiedades internas y canalizarlos a una buena conducta. (11)

PREMEDICACION.

El uso de medicación que alienta una conducta más positiva ha de ser considerado solo un recurso auxiliar. Los principios básicos de la comunicación deben quedar establecidos inicialmente o será considerable la probabilidad del fracaso. El principio básico es tenerlo más relajado al paciente para permitir el desarrollo de un sistema de refuerzo. (15)

PAPEL DE LA ANESTESIA GENERAL.

Desde el punto de vista del manejo de la conducta, se debe reservar la anestesia general para los niños que entran en

la categoría de "falta de capacidad de cooperar". En casos aislados, un niño clasificado como potencialmente cooperador. Puede requerir finalmente este procedimiento para realizar su odontología. (15)

La hospitalización y el uso de la anestesia general algunas veces se requiere para tratar efectivamente con un problema de manejo extremo. Debe enfatizarse que se requieren muy raramente por lo general en casos de retardo mental severo y nunca deberá utilizarse como sustituto de una buena técnica de manejo de consultorio. (11)

TECNICA DE MANO SOBRE BOCA.

La técnica de mano sobre boca se utiliza para restablecer comunicación con el niño, está indicada con el niño que se ha puesto histérico o desafiante, antes de que se aplique la técnica el niño deberá haber sido prejuzgado para ver que tiene inteligencia normal y es capaz de comprender lo que se espera de él, no se emplea en niños menores de 3 años a los cuales les falta la capacidad de comprender su situación y que están en un período precooperador, es efectivo como medio para obtener atención de los niños de 3 a 6 años, la técnica puede utilizarse con un grado de éxito a medida que se use juiciosamente por un dentista que controla perfectamente sus propias emociones

CASO CLINICO I

Paciente de primera vez, sexo femenino de 3-10 meses de edad que se presentó en el consultorio dental. Motivo dolor dental.

De nombre Sofía Aceves Aranguren, la cual llegó a las 4.00 p.m. llorando y teniendo una conducta negativa, pues solo al ingresar a dicho consultorio fue llorar por espacio de 1 hora. Posteriormente se pasó a la mamá y la reacción de la niña fue ponerse junto a las piernas de su mamá. La doctora habló con ella diciéndole que la niña tenía que estar sentada en la salita de juego y la niña siguió llorando, se le dijo que si quería irse pronto tenía que enseñarle sus dientes, lo cual fue imposible se le repitió que si seguía llorando su mamá iba a salir del área de trabajo, logrando que la niña se calmara un poco y posteriormente la niña fue sentada en el sillón dental con la mamá a un lado, se revisó presentando estas caries.

P- Pulpotomía	P C O	R R O O
C- Corona	IV V	II III IV V
O- Obturación	IV V	IV V
R- Resina	P C O	O O

Se le dijo que su próxima cita ella sola iba a entrar para tomarle unas fotos de sus dientitos para ver si estan muy malos.

La cita siguiente fue el día 13 de noviembre de 1987,

Sofía volvió a portarse negativamente entrando llorando, se pasó a la salita de juego pidiéndoles a las demás niñas que jugaran con ella y una de las asistentes le iba a ir explicando de qué consistía el tx que se iba a realizar. Se le dijo que se le tomarían unas fotos (radiografías) logrando después de 30 minutos se tomaron sus radiografías y se le dio un premio por haberse dejado y se le dio una cita para su limpieza y fluoruro lo cual se le iba a realizar en una cita posterior.

Su tercer cita Sofía ya ingresó sola y no lloró, se preparó todo el instrumental para su limpieza y fluoruro, preguntándole con anterioridad el sabor que ella prefiere su fluoruro, pidiéndolo de naranja. Sofía fue sentada en el sillón y se le explicó paso por paso lo que se le iba a realizar y el instrumental que se emplea para el tratamiento a realizar logrando así empezar su tratamiento.

Su cuarta cita entró ella sola y en esta cita se realizó 10/2/88 explicándole a Sofía lo que iba a sentir y lo que se le iba a hacer en esta cita en la cual ya se iba a trabajar en su boca con anestesia. Explicándole nuevamente para qué se utilizan algunos instrumentos, logrando anestesiarle y terminando su procedimiento en el cual se durmió por unos 5 minutos y al final se le puso una gasita en su boca para evitar que se mor-

diera, explicándole a su mamá el cuidado que debe tener pues es su primera experiencia de anestesia.

Sus citas posteriores han sido muy satisfactorias.

CASO CLINICO II

Paciente de primera vez de sexo masculino de cuatro años de edad, que se presentó al consultorio dental por golpe en la región de sus centrales superiores llorando y demasiado nervioso, se le pasó al salón de juego ya que el golpe había sido el día 17 de febrero del año en curso. Esta cita se le puso a jugar con otros niños y 30 minutos después se le empezó a explicar lo que se le iba a hacer, posteriormente el niño fue pasado ya calmado a la sección de rayos x logrando tomar su radiografía. Inmediatamente después se le pasó nuevamente a jugar y después se le dijo que se sentara en el sillón poniéndose nuevamente a llorar, fue entonces cuando la doctora lo manejó por medio de control de voz, diciéndole que iba a pasar su mamá logrando así que se calmara y así facilitar su revisión oral y se pasó a su mamá para explicarle el procedimiento a realizar.

CASO CLINICO III

Paciente masculino de cuatro años de edad, de nombre Luis Alfonso Navarro de Loza.

Antecedentes: Trataron de atenderlo cuatro dentistas de Tepatitlán, Jal., no aceptando el tx. fue remitido a este consultorio aquí en Guadalajara con la doctora Leticia Sánchez Ramos.

El niño desde que entró llegó llorando en los brazos de su mamá, venía acompañado por su primo el cual se dejó atender solo para que el niño viera.

Siguió llorando aproximadamente por unos 15 minutos y se le pasó a jugar al salón de juego, tomando los juguetes de inmediato. La mamá fue pasada con el niño por su corta edad y ella le insistía en que él se dejara revisar, jugando y platicando fue perdiendo un poco el miedo y se le propuso sentarlo junto con su primo en el sillón y se le pidió abriera su boca para revisarle sus dientitos y que si lo hacía bien se le iba a regalar un premio y Pancho fue revisado presentando problemas de caries muy avanzadas y se le propuso pasara a jugar nuevamente con su primo así el presente fue adquiriendo un poco más de confianza y perdiendo un poco el miedo.

CASO CLINICO IV

Paciente masculino de nueve años de edad, de nombre Oscar Alberto España .

Paciente citado por presentar caries, Oscar llegó al consultorio bien sin presentar aparentemente ningún tipo de problema, él fue sentado en el sillón ya listo para empezar a obturar, se le explicó todo el procedimiento de lo que se le iba a hacer. Cuando se le iba a poner la anestesia técnica trancular empezó a provocarse él solo el vómito deteniendo de inmediato el procedimiento pues todavía no se le ponía ni su anestesia tópica para poder empezaer. Se le habló en un tono más fuerte y se intentó empezar nuevamente con su pomada de anestesia tópica dándose nuevamente el reflejo de osco. Se le dijo nuevamente que si no quería la pomada no se le pondría, a lo que el contestó que no podía que le daba mucho asco. Se le quiso empezar nuevamente y no aceptó nuevamente, se detuvo y fue cuando la doctora Leticia vió que esa conducta era solo un pretexto para detener el procedimiento que se le debía efectuar.

Nuevamente se intentó y fue cuando Oscar se levantó del sillón y empezó a vomitar. Después de 15 minutos él seguía llqrando insistiendo que no iba a poder.

Se le levantó ligeramente la voz y se le dijo que para

que viera se iba atender a otra niña para que él viera que no había ningún problema de conducta en la niña y terminando con ella fue sentado y fue anestesiado y se le realizó su amalgama prometiendo Oscar ser un buen paciente.

CONCLUSIONES

La conducta de un niño en el consultorio es un pre-requisito para su completa atención dental, la cual se ha practicado con una filosofía errónea debido a la relativa falta de información en lo que respecta a la preparación psicológica del niño.

En esta tesis se mencionan diferentes métodos para mejorar la conducta y conocer las principales causas por las cuales el paciente infantil desencadena una conducta no deseada.

Los métodos más comunes para lograr un buen tratamiento dental infantil, establecer una buena comunicación con el niño y los padres logrando hablar primeramente con el niño y explicarle claramente los procedimientos para lograr un buen paciente en el consultorio.

Cuando esto no logramos el éxito deseado podemos utilizar control de voz o restricción física o mano sobre boca o una premedicación o en caso muy extremo bajo anestesia general, claro que después de haber estudiado la conducta del niño y logrando así que se pierda el miedo que sienten los niños ante una nueva experiencia logrando así anular los temores objetivos y subjetivos presente en la mayoría de los niños.

La paciencia por parte del dentista es uno de los factores más importantes para tener éxito en el tratamiento del niño y el no enojarse ante una actitud negativa por parte del niño.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BARBER, THOMAS R., LUKE, LARRY S.
Odontología pediátrica.
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
1a. Edición., 1985
México, D.F.
P.P. 42 - 59
- 2.- BPAHAM, RAYMOND L., MORRIS, MERLE.
Odontología pediátrica
Editorial Panamericana
1a. Edición., 1985
Buenos Aires, Argentina.
P.P. 426-464-157
- 3.- BISCHOF, LEDFORD S.
Interpretación de las teorías de la personalidad.
Editorial Trillas
1a. Edición
México, D.F.. 1977
P.P. 682
- 4.- BOONUN, F.E. HOGE
Odontología infantil e higiene odontológica
1a. Edición
P.P. 16-25
- 5.- FINN SIDNEY B.
Odontología pediátrica
Editorial Interamericana
4a. Edición., 1979
Impreso en México.
P.P. 17-39

- 6.- FRIEDENTHAL, MARCELO
Diccionario Odontológico
Editorial Médica Panamericana
2a. Edición
Buenos Aires., 1984
P.P. 2631

- 7.- HARNDT, EWALD., WEYERS, HELMUT
Odontología infantil
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1a. Edición., 1967
P.P. 155-165

- 8.- HOLLOWAY, P.T., SWALLOW, J.N.
Salud dental infantil
Editorial Mundi, S.A.
1a. Edición., 1979
Buenos Aires, Argentina.
P.P. 25-41

- 9.- GARFIELD, SOL. L
Psicología clínica
Editorial El Manual Moderno
2a. Edición
Reimpresión 1983
P.P. 86, 89

- 10.- LANGA, H.
Analgesia relativa en la práctica dental.
Compañía Saunders.
1a. Edición., 1976
Philadelphia
P.P. 60-63

- 11.- LEYT, SAMUEL
Temas de odontología pediátrica.
Odonto Ediciones., 1966
1a. Edición
Buenos Aires, Argentina.
P.P. 17 - 30
- 12.- MAGNUSSON, BENGT O.
Odontopediatría
Salvat Editores
1a. Edición
P.P. 33-46
- 13.- McDONALD, RALPH E.
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Munsí
2a. Edición., 1971
Buenos Aires, Argentina
P.P. 29- 31
- 14.- PINKHAM, J.R., SCHROEDER, C.S.
Dentista y Psicólogo
J.A.D.A., 1975
1a. Edición., 1975
P.P. 70 - 206
- 15.- WRIGHT, GERALD Z.
Manejo y conducta en odontología para niños
Compañía Saunders.
1a. Edición., 1975
Philadelphia, W.B.
P.P. 152-184

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 16.- MOHANIN, J.D., En: Wright, G.Z., Manejo y conducta -
en odontología para niños.
Saunders., Philadelphia., 1ra. - -
Edición (1975) P.P. 163