



**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**

**GUÍA N° 2 ODONTOPEDIATRÍA.
“ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA
ODONTOLOGÍA”.**

**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**

**DRA. ALEJANDRA CANTARERO C.
ODONTOPEDIATRA.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
SEDE SANTIAGO.
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN.**

REACCIONES DE LOS NIÑOS A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

INTRODUCCIÓN.

“El éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante. La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá apoyar su conducta. Sin embargo, cuando un niño no coopera, dicha conducta debe ser modificada y controlada.

Hay muchos factores que influyen sobre las actitudes de un niño hacia la odontología y su conducta en el ambiente odontológico. Trataremos las respuestas comunes de los niños a la odontología identificando algunas de las variables que inciden en sus reacciones a la experiencia odontológica.”

Dr. Louis W. Ripa.

ANSIEDAD.

La visita odontológica provocará un cierto grado de aprensión o ansiedad, en casi todos los niños. Esto es especialmente así en el niño preescolar, quien puede experimentar no sólo temor de posible dolor o daño y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre. El odontólogo que trata niños debe recordar que la ansiedad, per se, es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones; a fin de mantener la seguridad del individuo.

Los niños responden a las situaciones de estrés enfrentándolas. Hacer frente a una situación incluye los procesos mentales y emocionales internos de un individuo y sus respuestas de conducta externas, y pueden ser estimulados por sucesos externos o por conflictos internos. La conducta externa, sin embargo, es la única respuesta que los odontólogos pueden observar, y que comúnmente logra ser evaluada. Un niño puede responder a una visita odontológica por una

dominación activa, aceptándola pasivamente, o rechazando la situación. No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de paciente odontológico, sino la manera de asumir sus miedos.

La mayoría de los niños que enfrenta una visita odontológica demostrará una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional. Algunos responderán recurriendo a una conducta no cooperadora o interruptiva. Existen muchas razones para ello. Pueden ser simplemente demasiado pequeños y emocionalmente inmaduros como para comprender la necesidad del tratamiento odontológico. Para otros niños, podría estar faltando la disciplina parental; o , contrariamente, ser demasiado severa. En cualquier caso, la madurez emocional y la capacidad de asumir nuevas situaciones con el uso de una conducta aceptable, puede estar impedida. Los niños mayores quizá desarrollaron temor al tratamiento odontológico porque un padre le transmitió, inadvertidamente, sus temores o por haber escuchado historias sobre la odontología de sus hermanos o pares. Ellos podrían estar asustados debido a experiencias previas en la consulta de un médico, hospital o en otra consulta odontológica. Los temores que un niño ha adquirido por la sugerencia de otros son llamados **temores subjetivos**, mientras que aquellos que resultan de la verdadera experiencia son llamados **temores objetivos**. Los temores subjetivos son , a menudo, más intensos, ya que fácilmente son magnificados por la imaginación de un niño.

ACTITUDES DE LOS NIÑOS HACIA LA ODONTOLOGÍA.

La actitud ha sido definida como *“una disposición, inclinación o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo”*. Esta actitud depende tanto de la interpretación del sujeto de una situación dada, como de su reacción emocional hacia ella. Por eso, Mc Dermott, sostiene que las actitudes de los niños hacia la odontología son, en gran medida, formadas por el significado emocional del suceso y variarán de acuerdo con la etapa de su desarrollo emocional.

Varios investigadores han encontrado que las actitudes de los niños del nivel preescolar al básico son muy positivas con respecto a la odontología.

Stricker y Howitt, en un estudio de 88 niños preescolares y de jardín infantil, la mitad de los cuales habían tenido una experiencia odontológica previa, consideraron que sólo 14 de ellos (16%) eran levemente recelosos. Por consiguiente, dedujeron que: “El estereotipo popular sobre el temor del niño al odontólogo tiene poco fundamento en nuestros datos”. Klein, que analizó las composiciones y dibujos de niños ingleses sobre el tema, “Una visita al dentista” encontró, en su estudio, que los niños de jardín de infantes ostentaban una conducta defensiva, mientras que en general, los provenientes de escuelas básicas exhibían una actitud positiva respecto a la odontología. Creía que esto era debido a que los niños de escuelas básicas estaban emocionalmente equipados para enfrentar una situación posiblemente provocadora de temor, mientras que los otros, de jardín infantil, no lo estaban.

Fadden, ha estudiado las respuestas a cuestionarios de 706 niños de jardín infantil. Encontró que al 86% le gustaba su dentista y al 42% le gustaba asistir a una visita odontológica. Esta impresión favorable al odontólogo concuerda con los hallazgos posteriores de Rosenzweig y colaboradores, quienes han informado que los niños de escuelas básicas piensan en sus odontólogos como un amigo más que como un individuo que ejerce poder o control sobre ellos. Fadden, encontró que la mayoría de los niños tenían un conocimiento razonablemente preciso de lo que hace un odontólogo, y también habían desarrollado gustos y disgustos sobre la visita odontológica.

Tabla nº1. Gustos y disgustos de la visita odontológica. Fradden.

GUSTOS	DISGUSTOS
Una sala de espera interesante, incluyendo libros de cuentos y de historietas, revistas y una pecera.	Que se les haga esperar.
Música funcional.	Una sala de espera no atractiva.
Ser llamados por el nombre.	El olor de la consulta o el aliento del odontólogo.
Que el odontólogo hable mientras trabaja.	Los rollos de algodón.
Las explicaciones de los procedimientos odontológicos por el odontólogo.	El fresado
Mirar en un espejo mientras el odontólogo trabaja.	La luz operatoria en los ojos
Tener una señal para que el odontólogo deje	Las mentiras sobre un procedimiento doloroso.

de fresar.	
Que se le diga que ha sido un buen paciente.	Que se burlen de él.
Un regalo postoperatorio.	Ser reprendidos por el odontólogo.
	Que se les hagan preguntas cuando la boca está llena.
	Ser comparados con otros niños.
	Informes desagradables a los padres.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS.

Para evaluar más objetivamente las reacciones de los niños a la experiencia odontológica, varios investigadores controlaron sus respuestas fisiológicas. La transpiración y el ritmo cardiaco son dos actividades fisiológicas frecuentemente controladas. La transpiración aumenta cuando un individuo se hace aprensivo. Este aumento puede ser detectado por un galvanómetro, que mide la resistencia disminuida de la piel húmeda a los impulsos eléctricos. El ritmo cardiaco también aumenta con la aprensión. Puede ser controlado simplemente y sin dificultades por un dispositivo fotoeléctrico, insertado a un dedo, que transmite a un polígrafo modificado. La cantidad de sangre en el lecho capilar distal del dedo controlará la cantidad de luz que alcanza la fotocélula, y cambia así el impulso eléctrico del dispositivo registrador.

Usando test escritos, Howitt y Stricker comprobaron por primera vez los niveles de ansiedad y madurez intelectual de 88 niños de 4 a 7 años 8 meses. Los pequeños se identificaron como teniendo cifras altas o bajas de ansiedad. Ellos fueron subsiguientemente colocados en situaciones de control o de tratamiento y sus ritmos cardiacos fueron controlados.

Los niños del grupo control se sentaron en el sillón dental en presencia de un odontólogo, pero no recibieron ningún tratamiento. El grupo de tratamiento fue sometido a un examen con espejo y sonda, y se les pincharon dos veces las encías con la sonda. En la situación de control, los niños con cifras de ansiedad inicialmente bajas mostraron ritmos cardiacos más altos que los niños con ansiedad en un comienzo alta. Contrariamente, en la situación de tratamiento, los niños con niveles de ansiedad bajos tenían ritmos cardiacos altos. Los investigadores creyeron que la ansiedad en la situación de control se debió a que el niño fue colocado en una posición con poca explicación y estructura, y esta

inseguridad causaba los ritmos cardiacos más altos en los niños que tenían bajas cifras iniciales de ansiedad en su test escrito. La situación de tratamiento, sin embargo era más explícita, debido a que se usaba un enfoque de “Decir, mostrar y hacer”, durante el procedimiento del examen. En este estado de estructuración, los niños se tornaban menos ansiosos, eran más capaces de enfrentar la situación, y tenían correspondientemente una disminución fisiológica de sus ritmos cardiacos. Estos resultados indican la necesidad de establecer un ambiente estructurado con una explicación adecuada, a fin de apoyar el esfuerzo del niño durante la experiencia odontológica.

Myers y colaboradores, han evaluado también las respuestas fisiológicas de los niños a una variedad de experiencias durante una sesión de tratamiento odontológico. La edad promedio de los niños oscilaba alrededor de 9 años, y todos habían recibido previamente tratamiento odontológico. El ritmo de pulso más alto ocurrió durante el periodo preinyección. Además los investigadores hallaron que los niños que recibían un anestésico tópico tenían un ritmo de pulso más alto que el grupo que no lo recibió antes de la inyección. La mayor anticipación de los niños y su respuesta neural simpática asociada fue considerada responsable de los ritmos de pulso más altos en los niños que admitieron el anestésico tópico. Cuando fueron preparadas las cavidades, había disminuido el ritmo del pulso. Esta disminución puede reflejar la relajación del paciente después de la anestesia local y darse cuenta que la preparación de la cavidad no es dolorosa.

LLANTO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

No es raro ser testigos de un niño que llora mientras está en el sillón dental. Todo llanto, sin embargo, no deberá comunicar el mismo mensaje al odontólogo. Elsbach ha descrito cuatro tipos de llanto de los niños: el llanto obstinado, el llanto de temor, el llanto por daño y el llanto compensatorio. Los odontólogos deberán aprender a diferenciar entre estos distintos patrones de llanto a fin de responder apropiadamente a cada niño.

El niño que tiene “un berrinche” para impedir el tratamiento odontológico muestra un **llanto obstinado**. Este llanto es fuerte, de tono agudo, y ha sido caracterizado como una sirena. Esta forma de beligerancia representa la respuesta externa del niño a su ansiedad en la situación odontológica. La conducta beligerante debe ser manejada antes que el tratamiento odontológico puede progresar.

El **llanto por temor** está comúnmente acompañado por un torrente de lágrimas y sollozos convulsivos, como buscando aire. El niño que emite este tipo de llanto ha sido abrumado por la situación y no puede ser manejado con las mismas técnicas que el niño beligerante. Es responsabilidad del odontólogo inspirar confianza en el niño atemorizado con una serie de experiencias odontológicas cuidadosamente estructuradas que permitan al niño enfrentar la situación.

El **llanto por daño** puede ser fuerte; más frecuentemente, sin embargo, va acompañado por un pequeño lloriqueo. La primera indicación de que el niño está incómodo puede ser una sola lágrima del ángulo del ojo y corre por su mejilla. El llanto por daño es fácilmente identificado debido a que el niño dirá voluntariamente o cuando es interrogado, que le está haciendo doler. Algunos chicos pueden estar sufriendo dolor pero controlar su actividad física, de modo que el odontólogo no se da cuenta de que existe un problema. Cuando se reconoce que el niño está con dolor, hay que detener el procedimiento odontológico, y lograr un control satisfactorio de aquél.

Elsbach, describe el **llanto compensatorio** como “no realmente un llanto, sino como un zumbido monótono” que el niño emite para amortiguar el ruido de la fresa. Si bien puede resultar fastidioso al odontólogo, ésta es la manera con que el niño enfrenta lo que considera un estímulo auditivo desagradable. El profesional debe reconocer el llanto compensatorio como un ardid, desarrollado por el infante, para asumir la ansiedad que está experimentando. Se trata de una estrategia exitosa de enfrentamiento y, por ende, el odontólogo no debe intentar detenerla.

REACCIONES A LA PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA.

Se recomienda, generalmente, que la primera visita al odontólogo de un niño sea no más tarde de los 3 años. Varios investigadores han intentado evaluar la conducta de los niños preescolares o mayores durante su primera visita odontológica, además de identificar los factores que influyen en su conducta.

Casi siempre el grado de cooperación exhibida por los niños preescolares en la primera visita es alto. A menos que el pequeño se presente con un problema dental agudo, la primera visita comúnmente implica sólo un examen, evaluación radiográfica, y posiblemente una profilaxis y aplicación tópica de flúor. La mayoría de los niños aceptan con facilidad su primer examen bucal, la profilaxis y la aplicación de flúor. Sin embargo, hay ciertos procedimientos durante la primera visita que están frecuentemente asociados con una conducta no cooperadora. Las proporciones más altas de conducta no cooperadora, durante la primera sesión, ocurren cuando el niño es separado de su madre y durante la toma de radiografías. La conducta durante la sesión radiográfica, suele estar asociada con la molestia del procedimiento. Este comportamiento desfavorable, que ocurre durante la separación, puede ser resultado de varios factores. Un temor de abandono que es común en los niños menores de 4 años de edad, puede manifestarse cuando es separado de la madre en la sala de recepción. El temor a lo desconocido puede ser también otro factor, como lo serán los temores subjetivos que el niño puede haber adquirido de los miembros mayores de la familia.

Otros problemas se asocian con las reacciones que exhiben los niños en su primera visita odontológica. Un factor prominente, que ha sido relacionado con la conducta no cooperadora de los niños durante la primera visita, es la ansiedad materna. Si se ha identificado un alto grado de ansiedad en la madre, el niño, en general, será abiertamente ansioso o exhibirá algún grado de conducta no cooperadora en el sillón dental. Otro factor identificado con esta conducta es el conocimiento del niño de que tiene un problema dental que requiere tratamiento. Un niño que sabe que tiene una cavidad o un diente doloroso, puede estar más ansioso que otro que cree que viene para que se le examinen y limpien sus

dientes. Tanto una actitud negativa hacia médico, como una historia previa de dolor asociada con una visita médica, han sido identificados también como factores relacionados con la conducta no cooperadora en la primera visita odontológica. Además, algunos estudios han hallado que en los niños de familias de nivel socioeconómico más bajo exhiben una conducta más negativa en la primera visita odontológica.

REACCIONES A LAS VISITAS ODONTOLÓGICAS PROGRESIVAS.

Koeninsberg y Johnson han evaluado la conducta de los niños durante tres visitas odontológicas, para determinar la extensión en la cual las respuestas de los niños cambiaron a medida que se realizaba el tratamiento más definitivo. Los chicos de 3 a 7 años de edad, nunca habían ido previamente al dentista. Los investigadores hallaron que la conducta de aproximadamente el 60 al 65% de los 61 niños permaneció sin cambios a medida que el tratamiento progresaba de el examen hasta la fase restauradora. Alrededor del 20% exhibieron un deterioro de la conducta, en cambio otro 20% mejoraron. Es interesante destacar que mientras la mayoría de las respuestas de conducta fueron positivas en las tres visitas, los investigadores creyeron que no podían usar la conducta de un niño en una visita como guía para predecir lo que sería su comportamiento durante las visitas subsiguientes. Tampoco estos mismos investigadores, en un informe separado, pudieron establecer una relación entre la ansiedad materna y la conducta del paciente durante la segunda y tercera visitas odontológicas, aunque la relación fue muy explícita para la primera visita.

REACCIONES A LA INYECCIÓN.

A través de la experiencia en sus propias consultas, la mayoría de los odontólogos están al tanto que la inyección de anestésicos locales produce la incidencia más alta de conducta interruptiva en los niños. Tanto el control psicológico como fisiológico de las respuestas de aquellos a la inyección dental apoyan las observaciones empíricas de los clínicos. Frankl y colaboradores han informado que la incidencia más alta de conducta no cooperadora, durante las

visitas de los niños preescolares para tratamiento restaurador, ocurrió durante la fase de la inyección en el tratamiento. Myers y colaboradores, que controlaron los ritmos del pulso de los niños durante una visita restauradora, hallaron que el ritmo del pulso fue elevado inmediatamente antes y durante la inyección, indicando un estado más alto de ansiedad que en otras fases de la visita restauradora.

Si bien existen artículos publicados que describen técnicas de administración de la anestesia local en niños, no hay estudios controlados describiendo específicamente las respuestas emocionales de éstos a las inyecciones dentales. Sin embargo, se tiene noticia sobre la existencia de un informe médico que describe las reacciones de los niños a las inyecciones hipodérmicas. Aunque el sitio de inyección fue diferente al de la inyección dental, es probable que las respuestas de los niños no sean disímiles. Kassowitz, observó 133 niños, de 6 meses a 12 años de edad, que recibieron un total de 328 inyecciones. Evaluó subjetivamente el grado de aprensión antes de la inyección y su actitud durante la administración. Si bien había obvias variaciones en una base individual, Kassowitz, encontró un claro patrón de respuesta para los diferentes grupos de edad y una tendencia gradual hacia el mejoramiento de la conducta con el aumento de la edad y el nivel de madurez. Notó la falta casi completa de control emocional en las respuestas de los niños menores de 4 años de edad. Después de esto, sin embargo, observó crecientes intentos de los niños hacia el autocontrol y el dominio de la situación. Hacia los 8 años de edad, las manifestaciones abiertas de temor o autocompasión, o una respuesta físicamente interruptiva a la inyección, eran infrecuentes. Kassowitz, dedujo que la experiencia de la inyección podía ser positiva para el niño, porque le daba la oportunidad de ejercer y desarrollar más su autocontrol, y que “la capacidad de enfrentarse con experiencias dolorosas pero necesarias es sugerida como un índice de madurez emocional en el niño en crecimiento”.

REACCIONES A LA EXODONCIA.

Durante mucho tiempo se ha reconocido que la extracción de un diente, en un niño, es uno de los procedimientos odontológicos que provocan más ansiedad.

Trieger y Bernstein, describieron historias de varios niños en quienes han realizado la exodoncia. La conducta cooperadora fue identificada cuando un niño exhibía su ansiedad y la comunicaba claramente, pero era incapaz de demostrar patrones aceptables de conducta. Sin embargo, observaron que un grupo experimentó una regresión de su conducta, es decir, que su comportamiento se adecuaba más a una edad inferior de la que tenían en ese momento; algunos lloraban mientras que otros se negaban a hablar después de la extracción. Si bien los niños individuales reaccionan en forma diferente, había una ansiedad manifiesta y defensiva en los de 3 a 4 años, mientras que los de 5 a 7 denotaban una conducta más cooperadora.

Estos hallazgos también sugieren que otorgarles un periodo de tiempo de espera, les da un momento para prepararse psicológicamente para la extracción. Cuando fueron interrogados todos los niños dijeron que ellos preferían un periodo de espera antes de la extracción dentaria. Expresaron un deseo de “pensar en ello”, “prepararse para...” o de “estar listos para ello”.

INFLUENCIA MATERNA SOBRE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA.

Si bien tanto el padre como la madre juegan papeles importantes en el desarrollo psicológico de sus hijos, el énfasis ha sido puesto sobre el papel de la madre. Esto es debido a que las madres tienen, generalmente, más contacto con sus hijos que los padres.

EFEECTO DE LAS ACTITUDES MATEERNAS.

Algunas de las actitudes maternas pueden afectar adversamente la personalidad en desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en la situación odontológica. Describiremos algunas de las conductas asociadas con estas actitudes, estas descripciones deben ser consideradas como **estereotipos de patrones de conducta** y no identifican la conducta de un niño en particular en una situación odontológica específica.

Sobreprotección: El sentimiento usual que las madres tienen por sus hijos es de amor y afecto. Esto es considerado un prerrequisito para el sano desarrollo emocional del infante. Una exageración de esta actitud, es decir, la sobreprotección, puede ser potencialmente nociva para el desarrollo de un niño.

Numerosas causas pueden brindar el estímulo para la sobreprotección materna. Una historia de abortos previos, una larga espera en la concepción, posiblemente debido a la condición financiera de la familia o a un periodo de esterilidad, pueden ser factores decisivos. Un niño puede también ser protegido si ha muerto otro hermano, o si la madre está al tanto de que ella no puede tener más hijos. Una enfermedad seria o una condición de impedimento en el niño pueden también estimular la sobreprotección materna. 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, vestidos, higiene; y está constantemente involucrada en las actividades sociales del niño, impidiéndole correr los riesgos ordinarios del juego, a la par que demuestra gran aprensión respecto a los problemas médicos y odontológicos de rutina, extendiéndose esta preocupación más allá de lo habitual.

La madre sobreprotectora retarda la maduración psicológica normal del niño, y tiende a "infantilizarlo". La conducta abierta que muestra el niño depende de si 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.

Los niños de madres sobreprotectoras dominantes muestran una extraña timidez, una conducta sumisa y ansiedad. El niño sumiso será comúnmente un paciente odontológico cooperador, aunque puede ser difícil establecer conexión, o hasta una comunicación casual.

Los niños de madres sobreprotectoras indulgentes son agresivos y exigentes, y esperan una atención constante y servicio. Las negativas a sus deseos pueden producir berrinches o ataques físicos. Esta conducta es un círculo vicioso, puesto que cuanto más frecuentes son las concesiones de la madre, más

a menudo el niño empleará esta conducta para hacerle más exigencias. Estos niños, generalmente, tienen dificultad para hacer amigos, debido a su comportamiento tiránico. El niño agresivo comúnmente no se mostrará ansioso en una situación ambiental nueva o poco familiar, como la consulta odontológica. Sin embargo, puede esperar o exigir la atención del odontólogo.

Sobreindulgencia: La sobreindulgencia puede estar asociada con la sobreprotección, o ser el rasgo materno dominante. Los padres sobreindulgente dan al niño todo lo que quiere, en cuanto sea financieramente posible, incluyendo juguetes, golosinas y ropas y, comúnmente, ponen muy pocas restricciones sobre la conducta de su hijo. Otros parientes, tales como los abuelos, son también, con frecuencia, demasiado indulgentes.

El niño de un padre sobreindulgente es el niño “malcriado” acostumbrado a hacer lo que quiere. Su desarrollo emocional se halla 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 solo y mantiene a los adultos alrededor. Estos niños, como los de madres sobreprotectoras, esperarán “hacer lo que quieren” en la consulta, y pueden mostrar berrinches cuando no pueden dominar el trance de la manera que controlan las situaciones en su hogar.

Carencia afectiva: Varía desde una leve despreocupación a la indiferencia, o al descuido. Puede comenzar durante el embarazo o desarrollarse más tarde, en la niñez. Una madre es, a veces, menos emocionalmente patrocinadora de su hijo debido a sus intereses externos, a su empleo, o simplemente a que el niño no es querido.

Los niños que experimentan la carencia de afecto materno, en general, se comportan bien y aparentan ser bien adaptados. Sin embargo, tienden a ser inseguros de sus capacidades de tomar decisiones. Puesto que no han aprendido ni experimentado el amor en su hogar, el contacto emocional y la conexión con ellos es difícil de lograr. Un profesional puede encontrar que lloran fácilmente, son

tímidos y no pueden o no quieren cooperar. Estos niños a menudo responderán a un sustituto, tal como el odontólogo o la asistente dental, quienes les darán el apoyo emocional y afecto necesarios.

Rechazo: La aceptación versus el rechazo es una de las más significativas influencias familiares. El rechazo materno puede surgir bajo cualquier circunstancia en la cual un niño no es querido. Por ejemplo, el niño puede ser rechazado debido a un matrimonio inestable e infeliz; o debido a que el nacimiento no fue anticipado y su presencia interfiere con la carrera de la madre u otras ambiciones; o debido también a que la madre misma es inmadura o emocionalmente inestable. El rechazo es comúnmente abierto. La conducta de la madre está caracterizada por el descuido del niño, frecuentes castigos, regaños y resistencia a gastar dinero o tiempo en él.

Cuando el rechazo materno es manifiesto, el chico carece casi siempre de un sentimiento de pertenencia o de valía. Puede mostrar una ansiedad extrema y ser agresivo, hiperactivo y desobediente. Comúnmente recurrirá a cualquier conducta para obtener atención. Estos niños suelen ser pacientes odontológicos difíciles que requieren una considerable modificación de la conducta por parte del odontólogo.

Autoritarismo: El padre autoritario elige técnicas para controlar la conducta de su hijo que pueden ser llamadas “orientadas sin amor”. La disciplina toma, a menudo, la forma de castigo físico o ridículo verbal. La madre autoritaria insistirá en que el niño se adapte a su serie de normas, y empleará mucho esfuerzo para entrenarlo de acuerdo a esas pautas.

Frecuentemente, la madre autoritaria suele ser ella misma producto de una crianza de ese tipo. La respuesta usual del niño al control autoritario es el sometimiento; sin embargo, éste lleva aparejado resentimiento y evasión. Aunque el niño no desobedeciere directamente una orden posee un “gradiente de evitación” aumentado, y buscará evadir o retardar la respuesta. La pérdida de tiempo, la conducta evasiva, son características del hijo de una madre autoritaria.

EFFECTO DE LA ANSIEDAD MATERNA.

Como se reconoce que las madres juegan un papel importante en el desarrollo de los niños pequeños, varios investigadores han buscado averiguar y comprender la relación específica existente entre la ansiedad materna y la conducta de los niños en la situación odontológica.

Los resultados de los estudios señalan que la conducta odontológica está directamente relacionada con el nivel de ansiedad de la madre. Los niños cuyas madres tenían altos niveles de ansiedad exhibían conducta más negativa y no cooperadora que aquellos cuyas madres denotaban bajos niveles de ansiedad.

De los conceptos precedentes, se deduce que las ansiedades maternas influyen notablemente sobre la conducta de un niño en la consulta odontológica; sin embargo, es posible que, por medio de técnicas apropiadas, este comportamiento pueda ser modificado por el odontólogo.

ACTITUDES E INFLUENCIAS AMBIENTALES SOBRE LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS EN LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA.

Muchos factores pueden influir sobre la conducta de los niños en la situación odontológica. Los efectos de los temores subjetivos y objetivos y de las actitudes maternas, ya han sido discutidos. Ahora serán considerados varios factores que están bajo el control directo del odontólogo.

EFFECTO DE LA ACTIVIDAD Y ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO.

Si bien la experiencia odontológica provoca ansiedad en algunos niños, la capacidad básica del mismo para enfrentarla determinará si puede ser considerado un “buen” paciente odontológico. Las actitudes del odontólogo apoyan a un niño en su intento de establecer la conducta apropiada. “Los métodos con los que un odontólogo aborda y trata a un niño son de importancia crítica para las reacciones y actitudes del infante en la situación de tratamiento odontológico”. existen seis categorías de actividades por las que los odontólogos

pueden fomentar o estimular la conducta cooperadora en los niños. Estas actividades son: la obtención de datos y observación, estructuración, externalización, empatía y apoyo, autoridad flexible, y educación y entrenamiento.

Obtención de datos y observación.

La obtención de datos implica recopilar el tipo de información sobre un niño y sus padres en una entrevista formal o informal en la consulta. La observación involucra la percepción de las características de conducta abiertas o sutiles de un niño, que brinda indicios con respecto a como deberá ser abordado por el odontólogo y su personal. La observación comienza examinando la conducta del niño en la sala de espera, incluyendo la interacción con los padres. Deberá advertirse la actitud del niño cuando es separado de su madre y su conducta en el primer contacto con el profesional. Una vez dentro de la consulta y durante el tratamiento, la respuesta del niño a las cosas nuevas, ruidos y olores de la consulta, y su manera de responder a las instrucciones del profesional.

Algunas preguntas a contestar con la observación:

1. **¿Cómo enfrenta el niño la situación odontológica? ¿Es cooperador, interesado, aburrido, apático o temeroso?.**
2. **¿Muestra el niño espontaneidad e iniciativa con el odontólogo y su personal, o es sumiso?.**
3. **¿Cómo se desarrollan con el tiempo las relaciones interpersonales entre el odontólogo y el niño? ¿responde al intento de amistad con el profesional, o permanece impersonal, distante o resistente?.**
4. **¿Qué emociones muestra el niño? ¿Es vivaz y responsivo, o es serio, triste o emocionalmente inerte?.**
5. **¿Muestra el niño independencia en el sillón dental de acuerdo a su edad, o es abiertamente dependiente del apoyo emocional de la madre, del odontólogo, o del personal?.**
6. **¿Muestra el niño signos de molestia o de inquietud a través de palabras o de movimientos corporales?.**

Las respuestas a estas preguntas deberán permitir al odontólogo modificar su relación con el niño, de acuerdo con la percepción de la personalidad individual de éste.

La observación deberá ser una actividad continua. En cada visita, el odontólogo deberá estar preparado para modificar su acercamiento a un niño, a medida que la conducta de éste cambia y/o a medida que la percepción propia se modifica también.

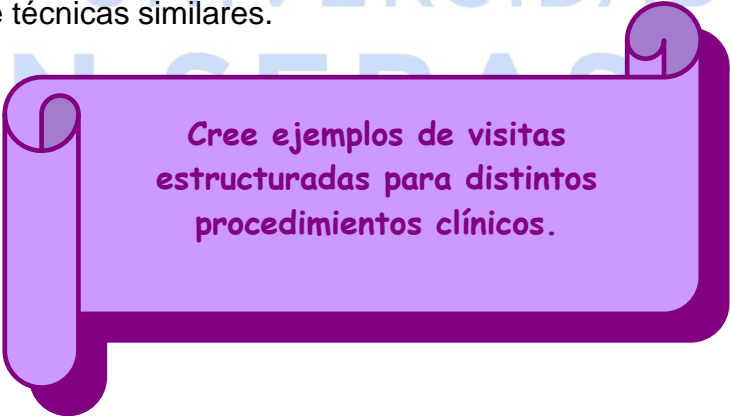
Estructuración.

El establecimiento de las líneas guías de conducta comunicadas por el odontólogo y su personal al niño. Con la estructuración apropiada, los niños sabrán que esperar y cómo reaccionar a la experiencia odontológica.

Algunas maneras de estructurar una visita:

- 1. El odontólogo explica al niño el propósito del tratamiento.**
- 2. El odontólogo prepara al niño para cada fase del tratamiento describiéndolas de antemano, además de una estimación del tiempo a utilizar.**
- 3. El odontólogo divide cada procedimiento en etapas.**
- 4. El odontólogo prepara al niño para cada cambio de sensación.**
- 5. El odontólogo informa al niño cuando será su próxima visita y que se le hará en ella.**

La estructuración divide la visita odontológica en una serie de unidades más pequeñas, más manejables para el niño. Deberá hacerse notar que la estructuración y el enfoque “decir, mostrar, hacer” se complementan e involucran con el uso de técnicas similares.



Cree ejemplos de visitas estructuradas para distintos procedimientos clínicos.

Externalización.

La externalización es un proceso por el que la atención del niño es enfocada fuera de las sensaciones asociadas con el tratamiento odontológico. Existen dos componentes de externalización: la distracción y el compromiso, y

que el énfasis principal deberá estar en el segundo. “El objetivo es interesar e involucrar al niño, pero sin sobreestimularlo en descargas verbales o motoras que podrían interferir con los procedimientos necesarios.

Señale ejemplos de externalización asociados a distintos procedimientos.

Empatía y apoyo.

La empatía es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros sin perder la propia objetividad. Los odontólogos deben tener la sensibilidad y la capacidad de responder a los sentimientos de los niños. La muestra de empatía del odontólogo apoyará los esfuerzos del niño por comportarse adecuadamente en la situación odontológica.

Algunas formas de brindar apoyo:

- **Permitir a los niños expresar sus sentimientos de temor o enojo. Sin embargo, no se tolerarán ciertas manifestaciones como patear o luchar.**
- **Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas, puede ser verbalizando.**
- **Confortando a los niños cuando sea apropiado, mediante una cuidadosa elección de las palabras, tono de la voz.**
- **Estimular a los niños cuando muestran una conducta aceptable.**
- **Escuchar los comentarios cuando los niños quieren hablar, no se les deberá permitir usar la comunicación verbal como un método de postergar el tratamiento.**
- **Brindar una situación estructurada.**

Autoridad flexible.

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

Cuando una visita dental se deteriora porque el niño se está comportando mal o exhibiendo alguna otra conducta interruptiva, el odontólogo debe considerar si la conducta es por falta de madurez del niño, o si él mismo ha contribuido a la situación por su manera de acercarse a aquel. Si la causa es esta última, el odontólogo asumirá una actitud lo suficientemente flexible como para permitirle modificar sus tácticas en la misma visita o en las futuras.

Educación y entrenamiento.

Cualquier odontólogo que trate niños deberá implementar un programa que eduque tanto a ellos como a sus padres, con respecto a lo que constituye la buena salud oral, y los estimule para hacer los cambios de conducta necesarios para lograr sus objetivos. Los odontólogos deben saber que su mensaje se relacionará con las aspiraciones del niño. El mensaje educativo está frecuentemente en conflicto con las presiones de los pares del niño y los anuncios de televisión, etc.

UNIVERSIDAD



*De ejemplos de programas educativos y
alternativas de colación para los escolares.*

Debido a su influencia en el hogar, es esencial que los padres sean incluidos en el proceso educativo. Deberá establecerse una positiva relación con el paciente y los padres.

EFFECTO DE LA DURACIÓN DE LA VISITA ODONTOLÓGICA.

La bibliografía odontológica previa ha insistido en que las visitas para los niños deberán ser cortas, por el corto periodo de atención de los niños.

Actualmente no se han encontrado diferencias importantes entre la conducta de los niños durante las visitas largas o cortas. Hay, sin embargo, una tendencia hacia el deterioro de la conducta durante las visitas prolongadas.

EFFECTO DE LA PRESENCIA DE OTROS EN LA CONSULTA.

Presencia de la madre.

La presencia de la madre como observadora pasiva en la consulta contribuye a incrementar la conducta positiva en los niños preescolares.

Presencia de un hermano.

Durante la primera visita o examen, los niños menores acompañados por un hermano mayor demostraron una conducta más positiva al entrar a la consulta que aquellos que ingresan solos.

EFFECTO DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS SOBRE LAS REACCIONES AL DOLOR.

Existen vastas diferencias individuales en la respuesta al dolor, pero se está poniendo de relieve la importancia de que los factores psicológicos, sociales y culturales pueden tener más influencia en la determinación de la reacción de una persona, que el estímulo doloroso mismo. A fin de controlar efectivamente el dolor, el clínico debe tener un claro conocimiento de infinidad de variables que afectan la percepción del paciente y de la reacción al dolor.

Existen al menos tres razones que explican por qué los odontólogos deberán interesarse en las respuestas al dolor de un paciente. *Primero*, es bien sabido que tanto el temor al dolor como la ansiedad que lo acompaña son barreras fundamentales para buscar atención odontológica. *Segundo*, como un síntoma que se presenta frecuentemente, el dolor puede afectar la voluntad o la

capacidad de un paciente a cooperar con el odontólogo. *Tercero*, la prevención o el alivio del dolor es un factor motivante y de importancia para buscar atención.

VARIABLES QUE AFECTAN EL CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA DEL DOLOR.

Respuesta al dolor.

Tal vez lo mejor sea no tratar de diferenciar arbitrariamente los componentes fisiológicos y psicológicos del proceso del dolor, sino tener en mente los aspectos multidimensionales de la experiencia dolorosa total o de la respuesta:

1. El nivel del umbral absoluto o sensación inicial.
2. El nivel del umbral del dolor o el comienzo del dolor percibido.
3. El nivel de tolerancia al dolor o el límite de la capacidad de soportar el dolor.

El umbral de dolor.

Umbral se refiere al punto donde un individuo percibe por primera vez el estímulo como doloroso. **Tolerancia** se refiere al punto donde el individuo ya no quiere aceptar estímulo de mayor magnitud o continuar soportándolo a un nivel de intensidad dado.

Efecto de la ansiedad.

Cuanto mayor es la ansiedad del paciente, menor será su tolerancia al dolor. Muchas de las técnicas utilizadas por los médicos y odontólogos para aliviar el dolor, incluyen la reducción de la ansiedad, y se ha identificado que la preparación realista, de información y apoyo, parece ayudar al paciente a manejar una experiencia potencialmente provocadora de estrés o dolor.

Desafortunadamente, hay una limitada correlación entre medidas psicológicas y fisiológicas de la ansiedad y poca asociación entre estas medidas y los niveles de umbral del dolor. Uno de los problemas aquí es que tanto la ansiedad, como el dolor es, per se, un concepto multidimensional que,

dependiendo de cómo es considerado, puede tener las características de un estado, un proceso o rasgo variable, y cada uno de ellos es medido de una manera diferente.

MANEJO DEL DOLOR.

Los odontólogos saben que no importa lo competentes y técnicamente diestros que sean en diagnóstico, tratar exitosamente a un niño si no consiguen su cooperación. La “motivación del paciente” se ha convertido en una frase prominente en la bibliografía odontológica reciente.

El arte y la ciencia de inducir a alguien a cambiar ciertas conductas es realmente persuasión más que motivación. Las técnicas psicológicas persuasivas en el control del dolor deben tener en cuenta un gran número de variables, y cualquier enfoque debe ser aplicado individualmente a cada paciente. Lo importante es que afectan indirectamente el umbral de dolor y también producen una conducta positiva, cooperadora en el sillón dental.

Enfrentamiento.

Los pacientes difieren no sólo en su percepción y respuesta al dolor, sino también en las maneras de tratar o enfrentar el estrés, asociado con experiencias dolorosas. Un mecanismo de enfrentamiento es la distracción, o el desplazamiento de la atención fuera de la amenaza.

Contar los temores a otros es otra manera bien conocida de enfrentamiento. La comunicación expresiva por parte de la persona que está experimentando dolor sirve para aliviar la tensión y para afectar la conducta.

Otros pacientes pueden intentar enfrentar la amenaza del dolor cediendo el control de la situación a la figura autoritaria, o intentando ganar alguna clase de control manipulativo sobre la fuente del dolor, y así sobre su intensidad y duración.

Otro mecanismo común de enfrentamiento, emplea una conducta afiliativa, es decir, cuando la gente se siente amenazada, prefieren estar con otros.

El método repetitivo, como el decirse a sí mismo – tengo que relajarme -, usado en las técnicas de relajación, es otro mecanismo comprobado de enfrentamiento personal.

Por último, la gente emplea, con frecuencia, un “ensayo mental”, o como lo han llamado los investigadores, “el trabajo de preocuparse”, para enfrentar los eventos potencialmente dolorosos o amenazantes.

Todos estos procesos se producen a la luz de una amenaza psicológica y sirven como dispositivos normales e importantes de protección para el individuo. Cada persona tiene su propio repertorio de tales mecanismos de enfrentamiento y, dependiendo de la situación, pueden poner uno o más en juego en una situación dolorosa o potencialmente dolorosa. Desafortunadamente, hay claras diferencias en las experiencias personales y en el número y utilidad de tales mecanismos de enfrentamiento en los individuos de distintos antecedentes culturales y sociales. Por lo tanto, le corresponde al odontólogo estar al tanto de estas diferencias y utilizarlas para estimular las conductas de enfrentamiento en los pacientes individuales en las situaciones donde pueden estar involucrados el dolor y la ansiedad.

Hipnosis.

La hipnosis parece ser muy eficaz en presencia de ansiedad. Difiere de los procedimientos de relajación, principalmente, en su mayor confianza sobre el papel, la destreza y el entrenamiento del operador. No todos los pacientes pueden ser hipnotizados. El mecanismo básico del alivio hipnótico del dolor, consiste no en alguna técnica especial, sino en las sugerencias de alivio dadas en una situación estrecha, de confianza interpersonal.

Hay dos componentes involucrados en la analgesia hipnótica: un efecto placebo, no específico y una distorsión específica de la percepción, inducida bajo hipnosis profunda.

Modelamiento.

El modelamiento está basado en el hecho que una gran parte de la conducta es imitada y que una persona no tiene que sufrir, necesariamente, una experiencia a fin de aprender las consecuencias de una determinada conducta. La técnica de modelamiento involucra al paciente en la observación, ya sea en DVD, o en la verdadera situación de tratamiento, de como reacciona otra persona a un dolor o procedimiento particular. La suposición es que, cuando llegue el momento el paciente sabrá que esperar y así imitará las conductas que ha observado.

Desensibilización.

La desensibilización o inhibición recíproca, es otra técnica que puede ser útil para ayudar al paciente a reducir sus temores y la tensión. El objetivo del proceso es contracondicionar estas respuestas sustituyéndolas por otras más deseables. Los clínicos hacen uso frecuente de este enfoque comenzando con los procedimientos más fáciles y menos amenazantes y dejando los más difíciles o dolorosos para más adelante.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

Las sociedades contemporáneas han dado un gran valor a los niños, a su bienestar físico, emocional y mental. La pediatría actual está orientada a establecer una correcta relación médico paciente. Ahora, los padres acompañan a los niños en todas las experiencias que tienen que ver con el cuidado de la salud.

Participación de los padres en la salud oral.

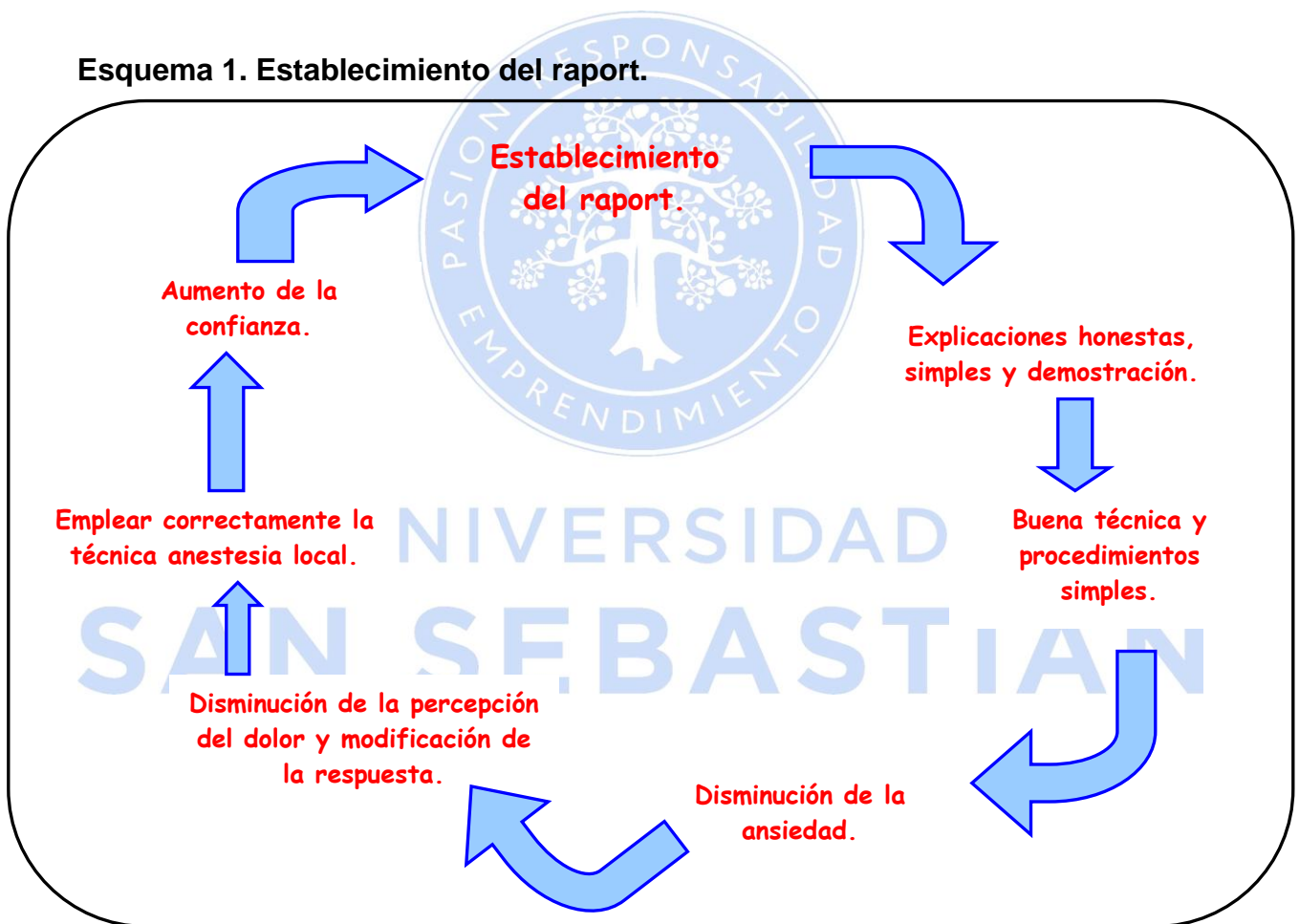
Actualmente, los odontólogos que atienden niños usan la presencia de los padres en la consulta, los involucran en el tratamiento y el consentimiento informado se ha transformado en una norma. Este nivel de comunicación ha ayudado a que los padres comprendan las técnicas usadas en sus niños.

La odontopediatría, como especialidad, se basa en la comunicación con los niños, esta comunicación necesita estrategias, las técnicas de modificación de la

conducta incluyen la comunicación verbal y no verbal, “decir, mostrar, hacer”, distracción, refuerzos positivos, flexibilidad y la presencia de los padres entre otras.

Los odontólogos que tienen experiencia en la atención con niños utilizan estas estrategias sin pensarlo y generalmente les funciona. ¿Por qué?. Esto se debe al establecimiento del “raport”. El raport se desarrolla con los niños en pocos minutos con una pequeña charla lúdica que otorga confianza. Esta confianza lleva a que el paciente disminuya su ansiedad, lo cual lleva a disminuir la percepción del dolor y modificar su respuesta ante él.

Esquema 1. Establecimiento del raport.



Desafortunadamente, muchas de las estrategias utilizadas a lo largo del tiempo por los odontopediatras, no ha sido asimiladas por los odontólogos generales. De hecho, muchas frases utilizadas por los odontólogos llevan a una respuesta negativa en su relación con los niños.

De lo anterior, se deduce que es esencial que los odontólogos que tratan niños aprendan a utilizar estas estrategias, transformando la experiencia odontológica en una experiencia que tanto el niño como el odontólogo puedan disfrutar.

Presencia de los padres durante el tratamiento.

La literatura actual señala el interés de los padres en acompañar a los niños durante los procedimientos estresantes.

El propósito de tener a los padres dentro de la consulta es, primero, comunicarse efectivamente con ellos, segundo, debemos involucrarlos en las decisiones del tratamiento de sus hijos y en tercer lugar, para que ellos vean el esfuerzo que hace el equipo odontológico para atender al niño, en vez de estar sentados en la sala de espera *“imaginando”* lo que ocurre al interior de la consulta.

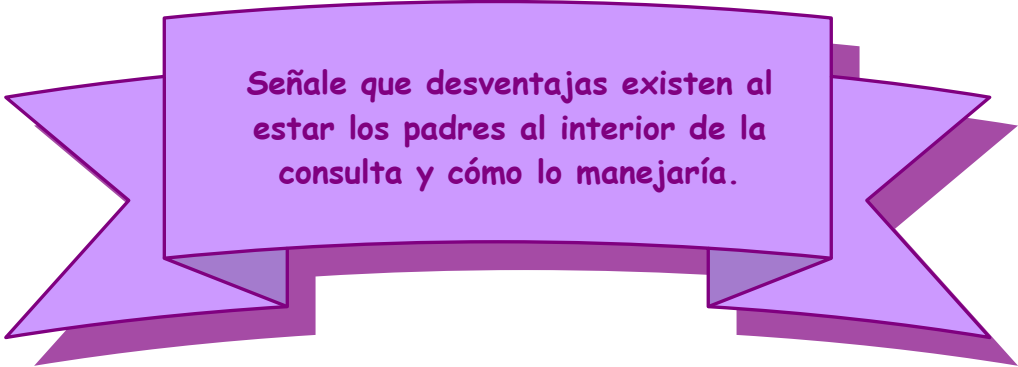
Tabla nº2. Ventajas de la presencia de los padres.

1. Acompañan a sus hijos durante una situación estresante.
2. Ven la realidad del excelente cuidado que se les da a sus hijos.
3. Ven el esfuerzo realizado por el equipo.
4. No están imaginando sufrimientos innecesarios.
5. Se sienten parte del proceso en la toma de decisiones.
6. Los mensajes educativos de salud se entregan simultáneamente al niño y a sus padres.
7. Podemos obtener rápidamente información requerida para modificar el curso de un tratamiento.
8. Podemos obtener inmediatamente el “feed – back” de nuestro trabajo.
9. Los niños más pequeños tienen el soporte psicológico que necesitan.
10. El comportamiento del paciente mejora y disminuye su ansiedad.

También existen desventajas que debemos manejar, para esto debemos entrenar a los padres en como colaborar con el equipo odontológico.

Debemos recordar, como proveedores de salud, que nuestra función incluye educar, guiar y aconsejar, por lo tanto, tenemos que utilizar nuestras

habilidades comunicacionales con los padres y los niños simultáneamente de manera eficiente y eficaz.



Señale que desventajas existen al estar los padres al interior de la consulta y cómo lo manejaría.

Ahora trataremos tres técnicas:

1. Desensibilización.
2. Modelamiento.
3. Manejo de la contingencia.

Acorde a la literatura han sido encontradas altamente efectivas en la reducción de la ansiedad y la aparición de conductas inapropiadas en los niños.

La desensibilización, el modelamiento y el manejo de la contingencia son métodos efectivos en el control de la conducta del niño durante la visita inicial y las siguientes, la interacción de las tres ha producido consecuencias muy satisfactorias.

DESENSIBILIZACIÓN.

Los terapeutas de la conducta han encontrado que la desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos para la reducción de la ansiedad mal adaptada. La técnica implica comúnmente enseñar al paciente como inducir un estado de profunda relajación muscular y a describir, mientras está relajado, escenas imaginarias vinculadas con sus temores. Estas escenas son presentadas al paciente de una manera gradual o por jerarquía, de modo que aquellas que provocan sólo una mínima ansiedad sean descritas al principio. Gradualmente van aflorando situaciones con un potencial mayor de estrés.

Algunos psicólogos utilizan el término “inhibición recíproca” para describir el proceso por el que una persona que experimenta ansiedad en asociación con ciertos estímulos puede tener una respuesta que inhibe la ansiedad a estos mismos estímulos.


Aunque el uso de la técnica clásica de desensibilización sistemática no está generalmente indicada para el odontólogo, las variaciones en la técnica han probado ser útiles y pueden ser más aplicables a la consulta odontológica.

La técnica de desensibilización es similar al enfoque “**decir, mostrar, hacer**”, popularizado por *Addelston*. La maniobra es especialmente útil en las siguientes situaciones:

1. Durante la visita odontológica inicial de un niño.
2. En las visitas subsiguientes cuando se van a llevar a cabo procedimientos que son nuevos para el niño.
3. Cuando se tratan pacientes derivados que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas por su anterior odontólogo.

La verdadera técnica involucrada en el “decir, mostrar, hacer” es muy sencilla. Su objetivo es luchar con el temor de un niño de los objetos y personas extrañas que lo rodean. El odontólogo puede reducir este temor, primero **diciéndole** al niño sobre la nueva situación y lo que se va hacer en ella, luego, **mostrándole** el nuevo ambiente y, finalmente, **haciendo** lo que se le dijo se haría. Este proceso de decir, mostrar y hacer, deberá ser continuo desde la entrada al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados e el tratamiento.

Debemos ser cuidadosos especialmente en utilizar un lenguaje y conceptos que el niño según su edad y nivel de desarrollo puedan comprender.



Diseñe una sesión inicial con esta técnica y represéntela en clase.

A fin de incorporar los principios de la desensibilización sistemática dentro de esta técnica, deberá hacerse todo esfuerzo durante la reunión inicial con el niño para mantenerlo relajado. La empatía y los intentos de hacer la visita lo más agradable posible, sirven para llevar a cabo la inhibición recíproca de los estímulos que provocan ansiedad. Sin embargo, el odontólogo debe saber que el desarrollo de una jerarquía por un terapeuta de la conducta es un proceso altamente individualizado, específico, para las ansiedades del paciente en consideración. Si bien, por razones prácticas, el profesional puede usar rutinariamente una jerarquía en esencia similar para la mayoría de los pacientes, deberá estar preparado para adaptar esta secuencia si las conductas del niño relacionadas con la ansiedad varían de lo usual.

MODELAMIENTO.

El procedimiento básico consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuos que muestren una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitará la conducta. Aunque existen varias diferencias técnicas de modelamiento, el siguiente bosquejo cita los pasos seguidos en general para este procedimiento:

- 1. Se obtiene la atención del paciente.**
- 2. Se modela la conducta deseada.**
- 3. La guía física de la conducta deseada puede ser necesaria cuando se espera inicialmente que el paciente imite la conducta modelada.**
- 4. Puede brindarse un refuerzo de la conducta guiada.**
- 5. Puede brindarse un refuerzo de las conductas que no requieren guía.**

Los procedimientos de modelamiento sirven para cuatro funciones básicas:

1. El estímulo para la adquisición de nuevas conductas.
2. Para facilitar conductas que están ya en el repertorio del paciente, en una manera o momento más apropiado.
3. Para desinhibir conductas evitadas a causa del temor.

4. Para suprimir temores.

El modelamiento es particularmente efectivo cuando el observador está en estado de alerta, cuando el modelo tiene relativamente más estatus y prestigio y cuando hay consecuencias positivas asociadas con la conducta del modelo.

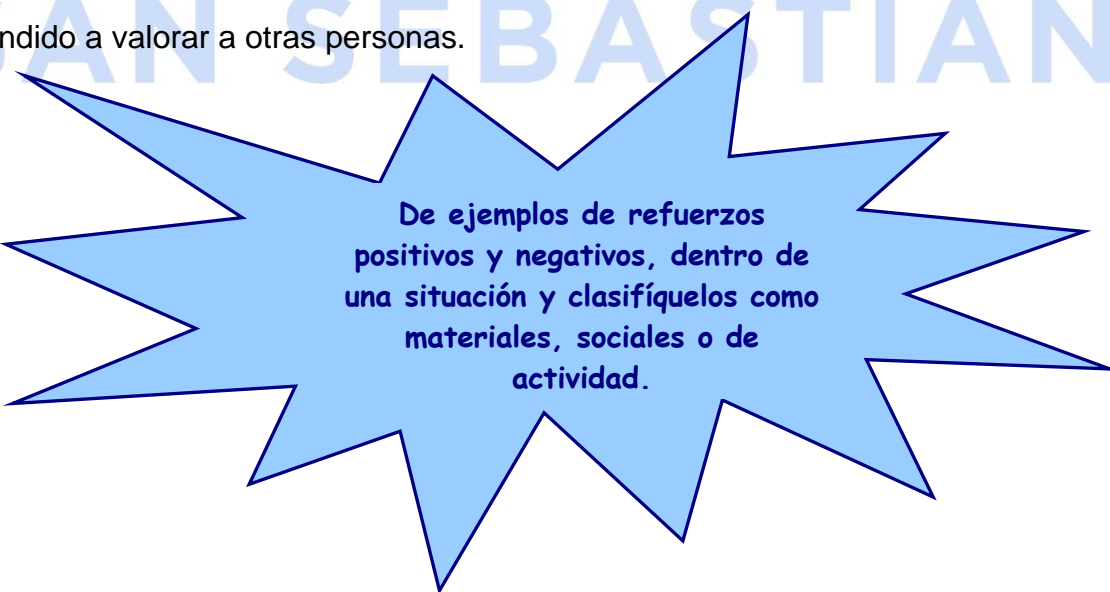
La experiencia clínica ha demostrado que los hermanos que sirven como modelos no deben ser necesariamente los mayores, sino los menos ansiosos.

MANEJO DE LA CONTINGENCIA.

La presentación o el retiro de reforzadores se denomina manejo de contingencia.

Los reforzadores por definición, siempre aumentan la frecuencia de una conducta. Existen dos tipos de reforzadores, positivos y negativos. Un reforzador **positivo** es uno cuya *presentación* contingente aumenta la frecuencia de una conducta. Un reforzador **negativo** es uno cuyo *retiro* contingente aumenta la frecuencia de una conducta.

Los reforzadores pueden ser también clasificados como materiales, sociales o de actividad. Los materiales son tal vez los más efectivos para los niños, y frecuentemente perniciosos para la salud bucal. Los sociales probablemente representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores que afectan la conducta humana. El elogio, las expresiones faciales positivas, la cercanía y el contacto físico, son reforzadores efectivos, debido a que la gente ha aprendido a valorar a otras personas.



De ejemplos de refuerzos positivos y negativos, dentro de una situación y clasifíquelos como materiales, sociales o de actividad.

Muchos odontólogos dan a los niños un pequeño regalo después del tratamiento; sin embargo, el regalo es frecuentemente otorgado sin importar el tipo de comportamiento durante la visita. La bibliografía sobre la conducta indica que esta práctica puede ser contraproducente, y recomienda que los reforzadores sean dispensados sólo después de patrones de conducta apropiados.

El manejo de contingencia, especialmente el uso del refuerzo positivo, es muy útil en la modificación de la conducta. Los principales beneficios de manejo de contingencia en el tratamiento odontológico de los niños se derivan del uso de los reforzadores sociales.

La concentración del odontólogo al realizar una tarea mecánica no deberá ser tal que el paciente sea descuidado psicológicamente. Existen numerosas ocasiones durante cada procedimiento odontológico en que el profesional puede manifestar el aprecio por las conductas definitivas del paciente, como quedarse quieto, abrir la boca, aplicar las correctas medidas de higiene oral. Esto se puede hacer sin un gasto adicional de tiempo o material, el odontólogo sólo necesita comprender cómo el uso de estos reforzadores sociales por otra persona influye sobre sus propias actividades diarias, para apreciar el impacto si los emplea en su propia práctica.

MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DE LOS NIÑOS.

Previamente hemos recalcado que 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 aceptables que permiten sea cumplido el tratamiento. Sin embargo, los niños con una conducta que interrumpen significativamente el tratamiento, son clasificados como “de difícil manejo”. Algunos de ellos, como los mental o físicamente discapacitados o el niño muy pequeño, emocionalmente inmaduro, pueden ser incapaces de controlar su conducta; otros, simplemente pueden no querer cooperar.

Lampshire clasifica a los pacientes odontológicos niños en las siguientes categorías:

1. **Cooperadores:** niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.
2. **Tensos – cooperadores:** niños que están tensos pero que, sin embargo, cooperan. La conducta tensa cooperativa a menudo pasa desapercibida, puesto que el niño permite que sea realizado el tratamiento.
3. **Abiertamente aprensivos:** los que se esconden detrás de sus madres en la sala de espera, usan técnicas obstaculizantes y evitan mirar o hablar con el odontólogo. Estos niños eventualmente aceptaran el tratamiento.
4. **Temerosos:** niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. El modelamiento, la desensibilización y otras técnicas de modificación de conducta están especialmente indicadas.
5. **Tercos o desafiantes:** niños que se resisten pasivamente o tratan de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que les han resultado exitosas en otras situaciones.
6. **Hipermotrices:** niños que están agudamente agitados y adoptan una estratagema defensiva de lucha, como gritar, patear o morder.
7. **Impedidos:** niños que son física, mental o emocionalmente impedidos.

Las conductas descritas en las categorías 2,3 y 4 no son ideales y pueden ser manejadas por el odontólogo general. La modificación de la conducta es comúnmente el enfoque más apropiado con los niños de esta categoría. La conducta que cae dentro de las últimas tres categorías es de manejo del especialista en odontopediatría. Con estos niños el odontopediatra debe usar formas que le permitan al paciente recibir el tratamiento adecuado acondicionándolo psicológicamente.

Algunas de estas técnicas serán descritas brevemente a continuación, *su uso está restringido a los especialistas y en niños con conducta interruptivas.*

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. Por ejemplo, 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 otras formas de modificación de conducta.

HIPNOSIS.

La hipnosis, también denominada terapia psicosomática es una técnica por la que se produce un estado de conciencia alterado, sin recurrir a agentes farmacológicos. Es usada poco por los odontólogos.

Los niños son susceptibles a la sugestión y aceptan la autoridad del odontólogo en la consulta y , aunque no se den cuenta, usan frecuentemente la inducción elemental, como decirle repetidamente que se relaje.

ANALGESIA CON OXIDO NITROSO Y OXIGENO.

La administración de una combinación de óxido nitroso y oxígeno por inhalación, para modificar la conducta de los pacientes odontológicos ha gozado de gran popularidad. La analgesia con $N_2O - O_2$ puede ser usada tanto en 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, debido a sus resultados favorables muchos odontopediatras lo han incorporado en sus estrategias de modificación de conducta.

PREMEDICACIÓN.

Un niño interruptor que no responde a los procedimientos de modificación de conducta, puede requerir terapia con fármacos 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 que no responden a la terapia psicológica de modificación de conducta.

3. Niños físicamente impedidos.
4. Niños mentalmente impedidos.

Finalmente debemos mencionar que la **flexibilidad** es una habilidad fundamental de la atención de niños, porque utilizar uno u otro método no resuelve todos los problemas de conducta en la consulta odontológica. Son necesarios muchos enfoques diferentes, según la variedad de niños que se presenten, algunos necesitan un acercamiento calmo, otros no.

Todos necesitan educación y guía en relación a un nuevo ambiente. Por lo tanto, los odontólogos que atienden niños deben tener experiencia con varios métodos de modificación de conducta y estar listos para usar el apropiado o cambiar entre ellos, teniendo en mente siempre el lograr una comunicación efectiva.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Rippa Louis, Weisenberg Matisyohu. ***“Manejo de la conducta Odontológica del niño”***. Ed. Gardner 2ª Ed. 1997.
- 2.- Klingberg G, Broberg AG. ***“Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors”***. Int J Paediatr Dent 2007 Nov; 17(6): 391 – 406.
- 3.- Ten Berg M. ***“Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behavior management strategies in treating children with dental fear”***. Eur Arch Paediatr Dent 2008 Feb; 9 Suppl 1:41 – 6.
- 4.- Arnurp K, Broberg AG, Beggren U, Bodin L. ***“Temperamental reactivity and negative emotionality in uncooperative children referred to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care”***. Int J Paediatr Dent 2007 Nov; 17(6): 419 – 29.
- 5.- Arnurp K, Broberg AG, Beggren U, Bodin L. ***“Lack of cooperation in paediatric dentistry – the role of child personality characteristics”***. Paediatr Dent 2002 Mar – Apr; 24(2): 119 – 28.
- 6.- Klingberg G. ***“Dental anxiety and behavior management problems in paediatric dentistry – a review of background factors and diagnostics”***. Eur Arch Paediatr Dent 2008 Feb; 9 Suppl 1: 11 – 5.
- 7.- Pinkham JR. ***“Personality development. Managing behavior of the cooperative preschool child”***. Dent Clin North Am 1995 Oct; 39(4): 771 – 87.
- 8.- Ten Berg M, Veerkamp J, Hoogstraten J. ***“Dentists’ behavior in response to child dental fear”***. ASDC J Dent Child 1999 Jan – Feb; 66(1): 36 – 40.
- 9.- Favie SA, Tahmassebi JF. ***“Paediatric dentistry in the new millennium: behavior management – helping children to accept dentistry”***. Dent Update 2003 Jul – Aug; 30(6): 294 – 8.
- 10.- Wilson S, Cody WE. ***“An analysis of behavior management papers published in the pediatric dental literature”***. Pediatr Dent 2005 Jul – Aug; 27(4): 331 – 8.

- 11.- Pinkham JR. **“Behavior management of children in the dental office”**. Dent Clin North Am 2000 Jul; 44(3): 471 – 86.
- 12.- Freeman R. **“Communication with children and parents: recommendations for a child – parents centred approach for paediatric dentistry”**. Eur Arch Paediatr Dent 2008 Feb; 9 Suppl 1: 16 – 22.
- 13.- Feigal RJ. **“Guide and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy”**. J Dent Edu Dec 2001; 65(12): 1369 – 77.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN