



Fig. 2.2. La evaluación del desarrollo del niño y la búsqueda de modos de comunicación es una tarea permanente durante las sesiones clínicas.



Fig. 2.4. La presencia y ayuda de la madre puede resultar indispensable en las primeras sesiones con un paciente menor.



Fig. 2.3. La situación clínica es de alta demanda para un niño, debe evaluarse sus capacidades de adaptación.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

La evaluación del paciente infantil tiene que ser rigurosa, para evitar calificarlo inadecuadamente. Su objetivo es diseñar un modo de acercamiento consecuente con las conductas observadas. El proceso puede resumir así:

a) Recopilación de información

- Conducta observada en la sala de espera, etc.

Fig. 2.5. La entrevista distendida con los padres puede dar información adicional de mucho valor.



- Información personal social e histórica (entrevista a padres).
 - a) Edad del paciente y de sus padres.
 - b) Estado socioeconómico.
 - c) Socialización.
 - d) Temores más relevantes.
 - e) Pronóstico de los padres en cuanto a comportamiento del niño.
 - f) Historia médico-dental.
 - g) Experiencia de los padres, actitud de los padres hacia la Odontología.
 - h) Comportamiento del niño ante otros integrantes del equipo de salud o personas desconocidas.

Desde el punto de vista de reacciones frente al odontopediatra, dos factores han sido detectados como un mayor valor: la expectativa desfavorable de los padres y la ansiedad del niño al ver personas extrañas.

Si la información es ambigua o confusa, debe reunirse mayores antecedentes: hablar con el niño, permitirle explorar el ambiente, observado con mayor detalle, la entrevista con los padres se hace más acuciosa (Fig. 2.5). Hay que considerar que los comportamientos de los niños

pueden ser interpretados de diferente modo por los padres y el profesional, posibilidad que requiere de una conversación lo más objetiva posible. (Fig. 2.6)

En el caso que las conductas observadas y los antecedentes reunidos sean congruentes, se puede pasar a una segunda etapa.

b) Análisis

Aquí se hace un estudio de la información y se formulan conclusiones. Así se posibilita la predicción de la conducta

Fig. 2.6. La interpretación de las conductas personales son relativas al observador.





Fig. 2.7. La evaluación es mutua. El dentista debe considerar que está siendo observado por su paciente y con esa base formando opinión.

del niño durante el tratamiento y se decide el método que se seguirá en la etapa siguiente.

c) Prueba

Si la interpretación parece incorrecta, hay que buscar nueva información y revisar el análisis. Si este proceso ha sido adecuado, el método de tratamiento del niño tendrá éxito en la situación clínica.

Evaluación mutua

Es importante reconocer que mientras el dentista se encuentra evaluando al niño, este hace lo mismo con él (Fig. 2.7), desde el momento que llega a la consulta y de igual manera al ambiente de su consultorio y sala de espera. Hay que tener presente la velocidad y eficiencia con que el niño es capaz de detectar cualquier signo de indecisión o insinceridad de parte del profesional, por lo cual es importante el control de movimientos y la selección del vocabulario. Para muchos dentistas basta con el sentido común “quiera al niño y sea auténtico”, pero no todos pueden, desconociendo las variables operantes, actuar instintivamente de la forma más correcta. Hay una interacción del niño, sus padres, el dentista y el ambiente odontológico que provee fuentes de aceptación o de rechazo que deben ser reconocidas por el profesional.

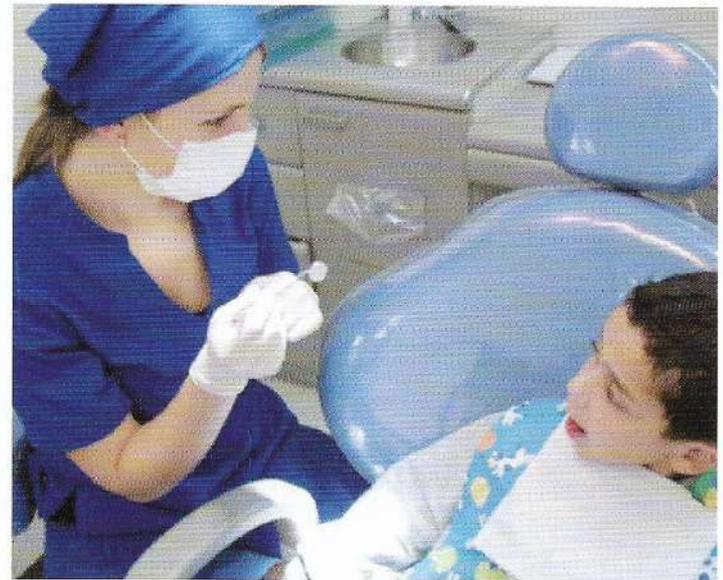


Fig. 2.8. La comunicación debe buscarse activamente motivando al niño a expresar sentimientos y experiencias.

El niño es un recién llegado al lenguaje verbal, tiene más confianza en las otras y más tempranas formas de comunicación, como gestos, sonidos y lenguaje corporal, situación que se debe recordar para actuar en consecuencia, un profesional relajado, seguro y auténticamente amistoso, no tiene que decir demasiado para transmitir todas esas características a un niño menor, en ocasiones basta con el contacto visual.

COMUNICACIÓN

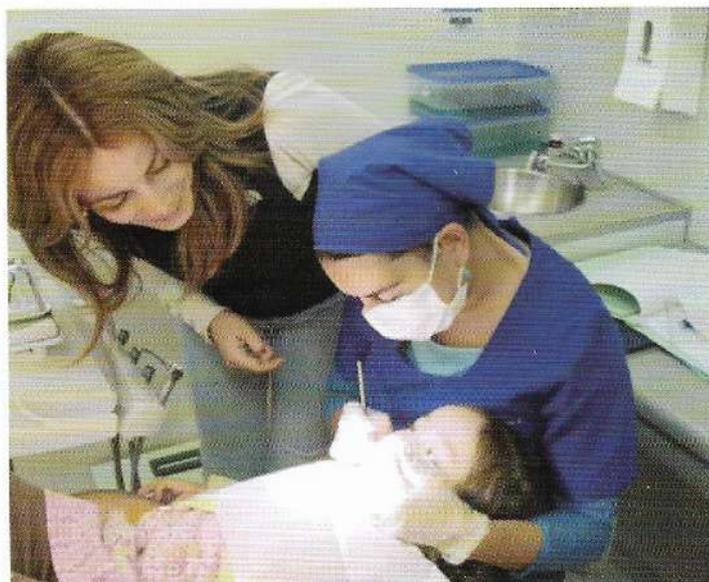
El segundo aspecto importante, además de la evaluación en el primer contacto con el paciente niño, es la comunicación, la cual ocurre cuando dos personas se encuentran, en varios grados y formas (Fig. 2.8). Entre el menor y el dentista hay innumerables modos de comunicación además de los verbales. El niño es hábil en detectar expresiones faciales, los contactos, los gestos que ocurren durante la visita, aun durante los periodos de silencio. Las palabras por sí mismas no bastan, aparentemente importa más su tonalidad y calidad, el sentido entrelíneas. El dentista está diciendo cosas al niño incluso antes de verle, mediante el ambiente y las personas que lo rodean, de ahí la importancia de adecuar la sala de espera y seleccionar cuidadosamente al personal auxiliar. Incluso en los servicios asistenciales más modestos es posible disponer, con relativo poco esfuerzo, de un rincón adecuado a los intereses de los niños y conseguir algunas actitudes especiales del personal.

En relación a la primera visita del niño al dentista, ha sido muy debatida la presencia de los padres, o de la madre, en la consulta y durante el tratamiento. Las posiciones varían desde la evitación absoluta, hasta permitir grupos familiares completos; hay, como en otros terrenos controversiales, argumentos a favor de uno u otro extremo. (Figs. 2.9, 2.10)

Para resolver la conducta adecuada hay que conocer factores operantes del paciente y su madre, que es la que acompaña al niño con mayor frecuencia. Como se ha examinado con alguna extensión, el niño pequeño no debería ser separado, pues a los dos años es casi parte de su madre y su desarrollo personal social no ha progresado más allá del juego paralelo, siendo sus contactos con otros, breves y escasos. Aun a los tres años regresa contento a los brazos de su madre después de poco prolongadas aventuras de independencia. En un trabajo muy elaborado para explorar esta variable, se observó que los niños de edad preescolar (3,5-4 años) eran los más beneficiados con la presencia de la madre. Los niños mayores tenían conductas indiferenciadas, estando estas presentes o no; patrones de conducta independiente de sexo, raza, nivel socioeconómico o asistencia previa a Jardín de párvulos. Igualmente, al grupo de niños menores de cuatro años pareció favorecer la presencia de hermanos mayores en la consulta, no aclarándose si igual efecto era visible con cualquier otro niño de su grupo.

Se ha descrito a la ansiedad por separación de la madre, que en condiciones normales empieza a los 10-12 meses y persiste hasta aproximadamente los 24 meses, como factor para retener a la mamá en la consulta. El diagnóstico de trastornos de la ansiedad por separación, se basa en la excesiva ansiedad y angustia al separar la figura a la cual el niño tiene apego, más otros signos como temor a daño de la figura de apego, preocupación por cosas pasadas, rehusar ir la escuela, temor a dormir sin los padres, todas situaciones normales en infancia temprana y periodos de transición que de no ser superadas pueden tener repercusiones en la vida adulta. En Odontopediatría la insistencia en la presencia materna en la consulta de niños mayores, podría indicar problemas de adaptación. Como en otras situaciones, hay pros y contras en la presencia de la madre. (Fig. 2.11)

En muchos trabajos se ha examinado la relación que existe entre los sentimientos de la madre hacia la Odontología y las conductas del niño frente al dentista. Como es lógico suponer, si esta relación existe y la madre experimenta ansiedad, su presencia resultará indeseable. Se ha probado una correlación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad de su hijo, existiendo, ante un alto grado de ansiedad materna, una conducta más negativa del niño, especialmente en niños pequeños y en la primera visita,



Figs. 2.9. y 2.10. La presencia de los padres durante la consulta debe ser previamente discutida para tener los mejores resultados.

ya que después de esta hay variables dependientes del dentista y su ambiente que pueden resultar en cambios conductuales del niño, más negativos o más positivos.

Para el dentista puede ser un motivo de tensión la presencia de los padres durante el tratamiento, sobre todo en acciones relativamente complejas (periodo de preinyección e inyección, instalación de aislamiento absoluto, etc.), lo cual se ha probado evaluando las variaciones de frecuencia cardíaca de odontólogos durante diversas fases del tratamiento, estando los padres presentes.

Otro aspecto negativo es la posible interferencia de estos con el desarrollo de rapport, entendiendo a este como una forma compleja de comunicación verbal, contextual y psicológica, que establece una corriente activa profunda entre el paciente y el operador. Algunos padres desean

PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE EL TRATAMIENTO

ASPECTOS POTENCIALMENTE NEGATIVOS

- Interferencia con la comunicación.
- Barrera para el Rapport.
- Modelado negativo.
- Distracción del dentista.
- Ansiedad del dentista.

ASPECTOS POTENCIALMENTE POSITIVOS

- Evidencia concreta de calidad y cuidado durante el tratamiento.
- Participación en toma de decisiones e información simultánea a padres e hijo.
- Apoyo psicológico y emocional, especialmente al paciente menor.
- Oportunidad para disminuir la ansiedad de los padres.
- Compromiso con recomendaciones de autocuidado y periodicidad del tratamiento.

Modif. Kamp A. *Pediatr Dent* 14:231 1992; Haimi-Cohen *Clin Ped* 35:2 1996; Fencon et al *Br Dent J* 174:1993.

Fig. 2.11. Pros y contras de la presencia materna o parental durante la consulta.



Fig. 2.12. Hay un desafío muy grande en el apoyo profesional frente a un niño temeroso ante el tratamiento.

ayudar al niño permaneciendo al lado del sillón, tomándoles de la mano, repitiendo las instrucciones del dentista o añadiendo otras propias, consolando al niño usualmente con ideas erróneas sobre los propósitos del profesional. Este se transforma así en una especie de observador activo, con su propia secuencia de instrucciones y propósitos. Esta circunstancia hace que el niño reciba una multitud confusa de informaciones que perjudica su adaptación a los acontecimientos.

Si los padres tienen buenas condiciones como modelos (en la definición que será dada más adelante) podrían permanecer en casos seleccionados detrás del sillón y fuera de la vista del niño, como observadores pasivos. Para algunos niños es suficiente que la madre les deje algún objeto de su propiedad, una cartera, un llavero, para tener la certeza que ella está físicamente presente.

En el aspecto positivo, hay que suponer que no hay nadie más interesado que los padres en el particular problema odontológico de su hijo y su presencia ayuda a la educación simultánea del niño y su familia, como asimismo ir obteniendo mejor evaluación del paciente, las características de su entorno, sus propias vivencias odontológicas, el tipo de relación que les une, etc.

La primera visita del paciente infantil es entonces de mucha importancia en el desarrollo de la seguridad emocional del paciente. Por esto el dentista tiene un papel trascendente, ayudándole a adaptarse a una situación difícil, similar a otras que el niño deberá enfrentar tarde o temprano (Fig. 2.12). Cada acción que se realiza permite evaluar psicológicamente al niño, cada dificultad vencida ha de ser señalada como un logro valioso. Es interesante observar si pone atención a explicaciones preventivas, o higiene, cómo se comunica, verbal o silenciosamente con el dentista que lo está atendiendo, su facilidad para aceptar procedimientos nuevos. El resultado óptimo final debería ser una relación positiva recíproca entre el menor y el dentista, que puede ser determinante en la actitud futura del paciente frente a la Odontología.

Las formas y el contenido de la comunicación entre el dentista y el niño

Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del dentista es necesario vencer las barreras psicológicas que existen entre él y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba. De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación, proceso no muy bien comprendido inicialmente por los dentistas que trataban niños, los cuales sugerían técnicas que, a modo de recetas, buscaban la producción de mejoramientos en el comportamiento de sus pacientes, variando de actitudes permisivas a rígidas y disciplinarias, con el factor común de enfatizar el más expedito accionar del profesional, más bien que la naturaleza de las reacciones infantiles.

Como se ha visto en desarrollo emocional, la primera forma de comunicación del malestar de cualquier orden es el llanto. A esta forma de expresión recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo, en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del dentista tratante. El llanto es una situación de estrés para el profesional y para los padres, estén estos en la consulta o en la sala de espera, al ser concebido el llanto como una forma primaria de comunicación para provocar respuesta protectora de los adultos del ambiente circundante. Se le ha descrito como de cuatro tipos:

- Llanto obstinado: consiste en llanto fuerte, con gritos, órdenes y amenazas, movimientos de la musculatura gruesa y conducta agresiva, tipo pataleta.
- Llanto atemorizado: con abundantes lágrimas, quejas, vocalización lastimera, solicitudes de llamar a la mamá, movimientos de evitación con la cabeza, manos cubriendo la cara y evitación del contacto visual con el dentista. (Fig. 2.13)
- Llanto herido de poco volumen, o inaudible, con respiración alterada y manos y extremidades tensas.
- Llanto compensador: consiste en una emisión de sonidos que más sirve para neutralizar, o compensar, los ruidos producidos por instrumentos y equipos de operador.

Las actitudes del dentista tienen que ser diferentes ante estos diversos tipos de llanto, ya que son igualmente diversas las causas que lo provocan. El primero requiere de una actitud firme, desde el control por medio de la voz, en una instrucción clara y perentoria, a restricción física o



Fig. 2.13. El llanto atemorizado requiere compasión y un cambio en los objetivos originales, para lograr calmar al niño y asegurarle una experiencia tolerable.



Fig. 2.14. La conocida técnica de decir-mostrar y hacer, se basa en que el temor baja cuando los estímulos son conocidos.

tratamientos bajo sedación o anestesia general. El segundo, por el contrario, demanda comprensión y apoyo, para disminuir el temor, explicaciones técnicas del tipo decir-mostrar-hacer, en acciones atraumáticas y breves para permitir al paciente tomar contacto gradual con la situación (Fig. 2.14). El llanto herido representa un error del operador, está provocando dolor a su paciente y esta situación debe ser controlada de inmediato, además de pedir disculpas al niño. El llanto o ruido compensador puede ser disminuido, si es molesto, mediante una solicitud comprensiva, ya que



Fig. 2.15. El control de un paciente infantil con temor y rechazo, requiere el control de las propias emociones del dentista.

es posiblemente menos molesto para el dentista que las acciones de este para el paciente.

La técnica a aplicar, según estas respuestas, dependen también de la empatía, la cual debe educarse. En contexto de personas de la salud la empatía es la habilidad para comprender las experiencias y sentimientos del paciente y la capacidad para comunicar esa comprensión.

Se ha observado una disminución de esa capacidad en la medida que los estudiantes de odontología aumentan su exposición a los pacientes, ese aspecto es el que sugiere la necesidad de estimular y cuidar del desarrollo de las habilidades interpersonales.

Los tipos de llanto pueden ayudar a entender como se siente un niño. Se ha observado que la conducta del dentista es influenciada por la conducta de los niños. Estos pueden utilizar más órdenes y contacto físico con los niños asustados, más aún, mostrar más negación de sentimientos o comentarios despectivos y restricción en los niños con claras manifestaciones de miedo. Los dentistas manifiestan alto estrés frente a resistencia moderada motora, a pequeñas muestras de llanto, a movimientos agresivos y gritos, de tal modo que parece esta situación involucrada al control emocional del profesional. (Fig. 2.15)

Desde el punto de vista del paciente que llora, no del llanto mismo, se ha sugerido clasificarlos como *a)* pacientes que lloran para comunicar miedo, ira o resentimiento y tensión o ansiedad; *b)* pacientes llorosos; *c)* pacientes manipuladores. Se hace indispensable entonces la participación de los padres para enfrentar este signo, ya que no todas las veces hay dolor o miedo y el llanto es emplea-

do para evitar las eventuales molestias de la experiencia y es importante para la continuidad del tratamiento establecer una sociedad de colaboración.

Principios en la relación con el paciente infantil

Ante la generalidad de los casos, esto es, niños con un nivel apropiado de madurez para su edad, cooperadores con el dentista y con un adecuado nivel de adaptación, hay un cierto número de principios que deberían ser como un segundo lenguaje para el odontopediatra.

CONOCIMIENTO DE LA EXPERIENCIA DEL NIÑO

Con frecuencia el contacto con el preescolar, o escolar, consiste en requerir, con grados variables de firmeza, conductas compatibles con las necesidades del examen y tratamiento. Estas solicitudes pueden ser seguidas por explicaciones de por qué el tratamiento es necesario, o por qué la salud bucal es deseable. Generalmente, se está más preocupado de comunicar al niño lo que necesita hacerse para considerar la sesión exitosa, que apreciar los sentimientos de este, quien está frecuentemente temeroso, o muy aprensivo. En su mente está, sobre todo, la incertidumbre acerca de lo que le será requerido y el grado o molestia que significa. En un esfuerzo por vencer la ansiedad, o el miedo, en los más pequeños debe pedirse que verbalice sus temores. Si el niño está contento es fácil decirle que se ve de ese modo, que se está contento de verle. Si su actitud es negativa o escéptica, se le puede expresar que esto es visible, que sería mejor que no tuviera que estar en tratamiento, que pudiera quedarse en su casa. Es posible esperar una atención del niño a esa altura, ya que es notorio que el dentista parece entender cómo se siente. A continuación se puede explicar lo que se hará y hacerlo bien y pronto. Si esto se logra, las futuras solicitudes pueden tener mejor acogida. (Fig. 2.16)

Básicamente, se trata de no argumentar con su experiencia, no negar sus sentimientos; específicamente, no tratar de convencerlo que lo que ve, escucha o percibe no es así.

Descrito como comportamiento empático, es la habilidad del dentista para ponerse en el lugar del niño (trato de entender como te sientes..., sé que tienes temor...), se centra en este y sus sentimientos, es más efectivo cuando se expresa en el momento adecuado, en periodos difíciles.



Fig. 2.16. Las solicitudes se deben hacer adecuadamente, con el respeto debido a los derechos del niño como persona.

Se ha descrito, en un estudio que evalúa estrategias comunicacionales, como un método altamente efectivo en reducir ansiedad.

USO DE LA IMAGINACIÓN Y LA FANTASÍA

Para el niño que con su conducta ha hecho obvio que no quiere ser atendido, se le puede decir que al dentista le agradaría no tener que hacer nada, que sería mejor que estuviera jugando con sus amigos, o tener el poder de eliminar sus problemas con sólo desearlo. Puede comentársele que sería agradable no tener que hacer las cosas que no nos gustan. Ocasionalmente se puede añadir que hay adultos que no quieren ir al dentista.

Todas estas observaciones son cosas que el niño sabe bien y puede concluir que estaría en el ánimo del dentista no hacer nada si esto fuera posible. Al desear por él lo que quiere, se comunica la comprensión del dentista, a pesar de no poder acceder a evitar la experiencia. En resumen, se le da al niño en fantasía lo que no puede dársele en realidad. (Fig. 2.17)

EL RESPETO A LA DIGNIDAD DEL NIÑO

Cuando el dentista está frente a pacientes adultos son rutinarias las muestras de cortesía, estas deberían ser igualmente de rutina con el paciente infantil. Todas las solici-



Fig. 2.17. La fantasía de la infancia puede ser de ayuda para bajar el perfil de la situación en la clínica y cambiar el centro de la atención a situaciones más familiares.

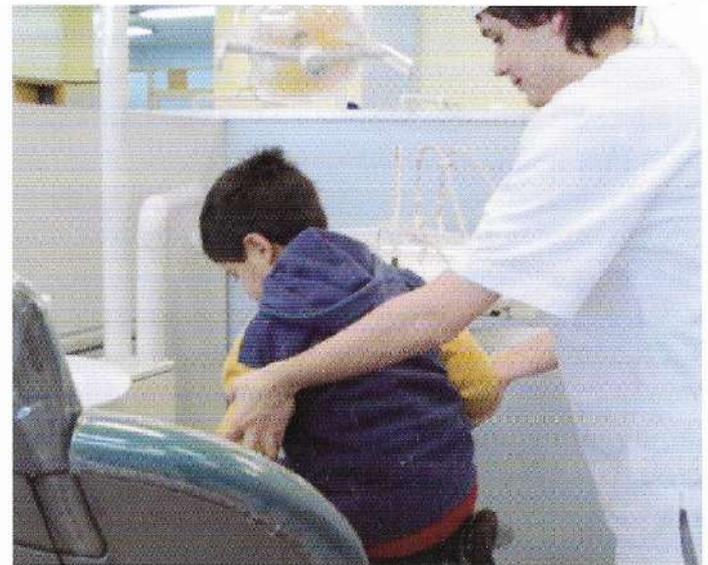


Fig. 2.18. Demostrar respeto a un paciente infantil, como demostración de sentimiento sincero, logra que el paciente trate de estar a la altura de las circunstancias.

tudes deberían ser hechas “por favor”, y si el niño responde, seguidas de “gracias”. Se puede extender la mano para ayudar al niño a bajar del sillón y permitirle expresar opiniones y sentimientos dentro de posibilidades razonables. Básicamente, se desea que se comporten como adultos tratándoles con el respeto correspondiente. Es frecuente ver conducirse bien a un niño sólo porque ha sido tratado con deferencia; este suele apreciar el respeto y se esfuerza por no arriesgar la pérdida de esa relación. (Fig. 2.18)



Fig. 2.19. Agradecer la cooperación, por mínima que sea es una buena base para construir confianza.

EL USO DEL ELOGIO

Nuestra cultura está condicionada contra el elogio directo y hay una presión fuerte para ser modesto en la expresión de realizaciones o autoimagen. Por esto el elogio directo puede resultar incómodo para un niño, puede además estar en conflicto con opiniones anteriores; si se le dice que es valiente antes de haberlo probado y se le ha descrito en el colegio como cobarde, hay presente una contradicción obvia, alguien está equivocado, o miente. Una manera de evitar esta situación es describir la conducta del niño de tal modo que él saque sus propias conclusiones: “hoy me has ayudado mucho”, “te agradezco que te hayas portado tan bien”. (Fig. 2.19)

En ocasiones pareciera que si los padres no demostraran una tremenda emoción al terminar la sesión, abrazando y besando a su hijo, este se comportaría mejor en la próxima oportunidad. Si es recibido en la sala de espera como si hubiera escapado ileso de una situación del más alto riesgo, es probable que intuya que efectivamente la relación con el dentista tiene un elevado grado de peligrosidad, y presente, en consecuencia, una conducta inapropiada. La conducta de los padres en estas ocasiones puede ser modificada al explicar por qué se les pide naturalidad y sobriedad al recibir al niño. Si se les invita a verlo en mitad del tratamiento, cuando el niño está tranquilo, podría disminuir su ansiedad, al constatar que el hijo está cómodo y relajado y no soporta sacrificio sobrehumano; se hace así menos probable que lo acojan, a la salida del consultorio, como un prisionero de guerra de regreso a casa.

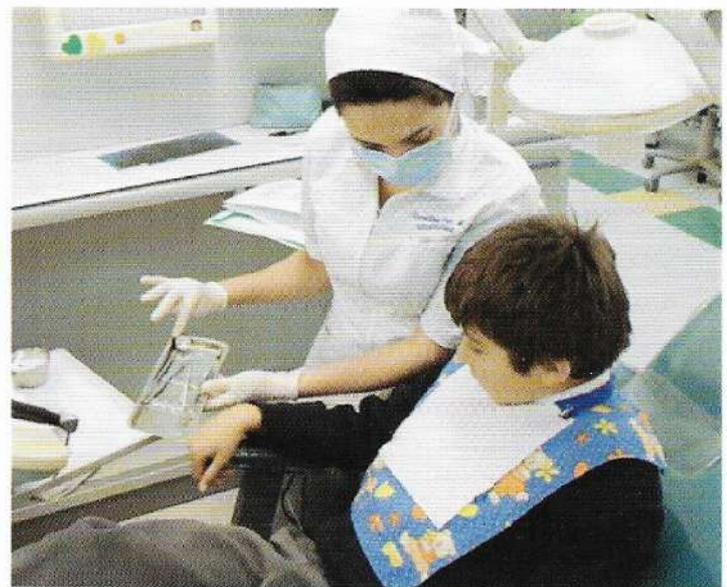


Fig. 2.20. La presentación de opciones, la posibilidad de elegir, da al paciente una sensación de algún control sobre la situación.

El principio más importante es que el elogio se relacione con los esfuerzos y logros del niño y no con su carácter y personalidad. Los comentarios deben ser hechos de manera que este pueda deducir de ellos características positivas de su comportamiento y capacidad de adaptación. (“No se cómo eres en tu casa, pero conmigo has estado muy bien, muchas gracias”).

Se había propuesto que la autoestima no sería un factor determinante en la infancia temprana, sin embargo se ha descrito la importancia de la estética, aún para niños de corta edad. Lo cual es un elemento digno de consideración.

PRESENTACIÓN DE OPCIONES

En general, a todos los niños debería permitírseles algún grado de control sobre las modalidades del tratamiento, ofrecer examinar la arcada superior o inferior, descansar un minuto, o continuar, etc., permite la paciente participar de un modo activo en la secuencia de acciones que se cumple en su boca y le informa que él sigue existiendo como persona para el profesional que lo atiende.

Cuando el niño llega a la consulta es enfrentado a muchas opciones; si se puede elegir entre algunas, se afirmará su confianza en su capacidad para resolverlas y se hará partícipe de un tratamiento que, para tener éxito, necesita ciertamente del concurso mutuo de profesional y paciente. (Fig. 2.20)

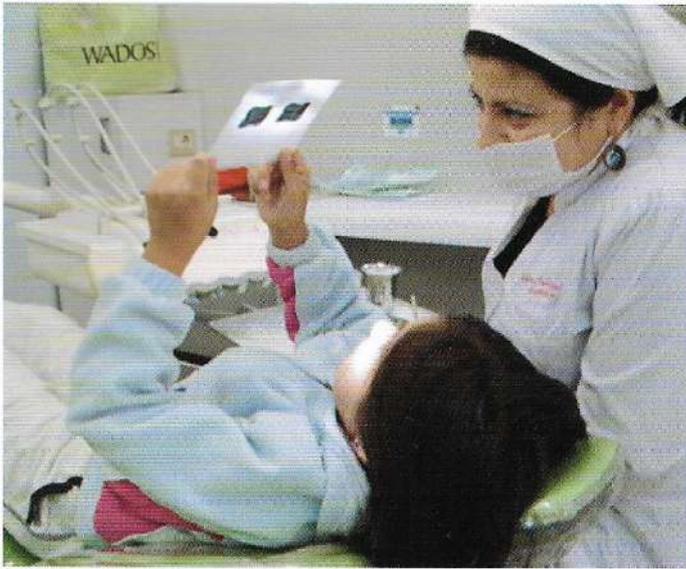


Fig. 2.21. La información debe ser objetiva, clara y si es posible, hacerla interesante.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La infancia es en cierto modo un estudio de las consecuencias de las actividades y, según esas, proseguirlas, modificarlas o eliminarlas.

Reconocer la corrección juega un papel muy importante, informa sobre la adaptación a las circunstancias, ayudando a desarrollar y mejorar la autoestima. Al menor se le puede pedir adivinar cuántos dientes tiene, el propósito del sillón dental o de algún botón o accesorio, cualquier respuesta, aun parcialmente correcta, es rápidamente recompensada con el reconocimiento de la percepción e inteligencia del niño. Igualmente, su cooperación debe ser reconocida. El dentista debe buscar la manera de agradecer y felicitar, el resto del mundo está tan ansioso de señalar sus errores que queda a algunos adultos la posibilidad de cumplimentar a los niños cuando lo hacen bien.

INFORMACIÓN

Se ha observado que en todos los niveles del desarrollo mental del niño hay una permanente búsqueda de claves e indicios que le permiten adaptarse a las diversas interacciones sociales. El dentista representa un universo diferente y no pocas veces amenazante; como en otras ocasiones, el niño vacilará entre curiosidad y temor, conflicto que puede resolverse favorablemente si el profesional es capaz de facilitar el dominio de la nueva experiencia con un mínimo de consecuencias desfavorables.

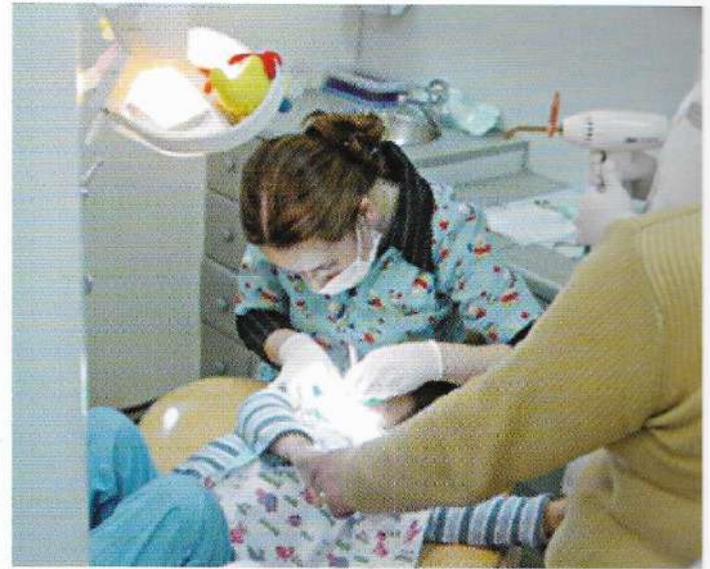


Fig. 2.22. El cariño hacia los niños debe estar implícito en todas las acciones.

En investigaciones efectuadas para encuestar la opinión que los niños tienen de los odontólogos y la odontología, las frecuencias más altas se encuentran en el requerimiento de información sobre los propósitos del tratamiento, el uso del instrumental y el funcionamiento de los aparatos; paralelamente, los dentistas encuestados no daban a este aspecto una importancia especial.

La información debe ser veraz, concreta y sencilla, debe reflejar la idea que el profesional tiene los conocimientos, habilidades y medios suficientes como para completar el tratamiento en buenas condiciones y al mismo tiempo que está capacitado para ayudar al paciente a conseguir los propósitos de las acciones clínicas con un mínimo de molestias. (Fig. 2.21)

AUTENTICIDAD DEL APRECIO

Los niños necesitan ser queridos y saberlo; el sentimiento del adulto ha de ser auténtico, ya que aquéllos perciben con mucha rapidez la insinceridad. Si el dentista no siente agrado por los menores tendría que fingir y eso representa un obstáculo mayor en relaciones con estos pacientes.

Se puede decir, sintiéndolo, “tu me gustas fue fácil trabajar contigo, muchas gracias”, y obtener una recompensa grande con un esfuerzo menor. En las relaciones humanas, los agentes de ayuda no son solamente las técnicas, sino las personas que las emplean; sin empatía y autenticidad, las técnicas fallan. (Fig. 2.22)



Fig. 2.23. Conocer las reglas del juego, lo que está bien o mal, es parte de la información que el niño necesita.

LAS REGLAS DEL JUEGO

En el proceso de comunicación que fluye en la consulta, el dentista debe establecer desde el principio, paulatinamente y con claridad, cuáles son las reglas del juego, las normas y modalidades durante las sesiones (Fig. 2.23). El niño necesita para desenvolverse progresivamente mejor, un sistema de referencia consistente, un esquema conocido y con pocas variaciones. Una vez establecidas esas rutinas, el dentista no debe separarse de ellas, a no ser que circunstancias muy especiales lo hagan aconsejable y aun así es necesario explicar las razones del cambio.

Hay que ser particularmente claro en establecer qué conductas son permisibles y cuáles no, ofrecer desde el principio un rango de expresiones emocionales aceptables (“a mí no se me grita”). En el hogar suele existir inconsecuencia en el resultado de una actividad, que puede tener premio o castigo dependiendo del clima del momento. Para el dentista es más fácil mantener por tiempo breve una actitud consistente, ayudando así al paciente a equilibrarse en el medio odontológico, sin el desconcierto que produce la ambigüedad en el criterio de corrección o incorrección.

Para algunos adultos resulta difícil imponer disciplina. Sin embargo, el dirigir la conducta facilita el ajuste a los requerimientos de la sociedad; el niño puede a veces protestar, pero en el fondo está satisfecho de saber que alguien tiene el buen juicio para protegerlo de su inexperiencia. En este sentido, el dentista tiene un papel importante que

cumplir y participar con responsabilidad en la formación personal de sus pacientes.

ALGUNOS FACTORES AMBIENTALES QUE PRODUCEN CONDUCTAS DETERMINADAS EN LA CONSULTA

Como se ha explicado, en el desarrollo psicológico hay un permanente y riquísimo juego entre la herencia y el ambiente, este último es de compleja y variada naturaleza y explica la diversidad de la persona resultante. En condiciones desfavorables, frecuentes en comunidades de escasos recursos, hay factores de riesgo en cuanto a problemas emocionales y conductuales de la infancia, de orden biológico; como prematuros, bajo peso al nacer, daño al SNC y enfermedades crónicas y de orden ambiental, del mismo modo como bajo nivel socio-económico, familia con pareja incompleta, padres con bajo nivel educacional o con sicopatías y eventos vivenciales negativos, aspectos que debieran hacerse evidentes en una anamnesis tan cuidadosa y completa como prudente y respetuosa. En condiciones normales, algunas variables en el ambiente tienen directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista y están representadas por la influencia de sus padres, sus grupos de referencia escolar y sus antecedentes médico-dentales. (Fig. 2.24)