

01421
178



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA COMUNICACION COMO ESTRATEGIA PARA
OPTIMIZAR LOS TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS EN
NIÑOS DE 6 AÑOS DE EDAD.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
C I R U J A N A D E N T I S T A
P R E S E N T A
MARIA ANTONIETA LLANOS VELAZQUILLO

DIRECTORA: C. D. MA. ELENA NIETO CRUZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MAYO 2003

A





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A Dios, por todo lo que
me ha brindado en la vida.*

*A mis padres, por apoyarme
siempre en todos los sentidos,
y a quienes debo lo que soy.*

*A la Dra. Ma. Elena Nieto Cruz,
por su enseñanza y tiempo
dedicado a la realización de esta
tesina.*

*A Oscar Morelos y Roberto
Carlos Mendoza, por haber
colaborado enormemente en
la obtención de imágenes que
aquí se ilustran.*

*A todos los niños de seis años,
especialmente a Nelly, Carla Lucía y
Luis Angel, por ser mis modelos.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Índice

Introducción	1
1. Conceptos	2
2. Antecedentes.....	6
3. Etapas del desarrollo en niños de seis años	
3.1 Desarrollo cognoscitivo	8
3.2 Desarrollo social	11
3.3 Desarrollo psicomotriz	15
3.4 Desarrollo emocional	18
3.4.1 Miedo	18
3.4.2 Preocupación	19
3.4.3 Ansiedad	20
3.4.5 Rabia o ira	20
4. La comunicación y el cirujano dentista	21
4.1 Establecimiento del comunicador	23
4.2 Establecimiento de la comunicación	24
4.2.1 Comunicación específica para niños de seis años	25
4.2.2 Claridad del mensaje	27
4.2.3 Cómo dar mensajes	29
4.2.4 Conversación	29
4.2.5 Uso del contacto visual al manejar a los pacientes	30
4.2.6 Control de la voz	30
4.3 Comunicación multisensorial.....	31
4.4 Uso del elogio	32
4.4.1 Ser claro y sistemático.....	32
4.4.2 Reconocer los logros genuinos.....	33
4.4.3 Establecer normas para el elogio.....	33
4.4.4 Transmitir confianza.....	33
4.4.5 Ejemplos.....	34

5. Técnicas de comunicación para modificar la conducta	
5.1 Modificación del comportamiento.....	35
5.2 Desensibilización.....	36
5.3 Modelamiento.....	38
5.4 Reforzamiento positivo.....	38
Conclusiones.....	42
Bibliografía.....	43

Introducción

La comunicación constituye una de las barreras para proporcionar una adecuada atención dental a niños, por la dificultad de establecer un apropiado grado de armonía y comprensión.

Uno de los principales requisitos para el éxito de tratamiento dental de un niño de seis años en la consulta es que se sienta confiado y relajado en el sillón dental, para lo cual, debe comprenderse su conducta. Por ello es necesario el conocimiento de la etapa de crecimiento por la que atraviesa a esta edad, así como el tener idea de qué conductas se pueden esperar de él y el cómo pueden promoverse cambios deseables y cómo es posible evitar los indeseables.

En cierto modo, el odontólogo puede ser considerado como un maestro del paciente infantil, ya que puede incorporar adecuados hábitos por medio de la información que le proporcionemos. Una de las áreas que proveen más recompensa en odontología es la conducción exitosa de un niño, ya que la primera experiencia deja frecuentemente una impresión indeleble.

La etapa más adecuada para elaborar una imagen adecuada de la odontología es la infancia, donde es posible reducir los sentimientos negativos incluso hostiles hacia el dentista, formando así una base para futuras interacciones positivas.

1. Conceptos

Comunicación. Antes de enlistar las diferentes definiciones veamos el sentido etimológico: Comunicación viene del vocablo latino *comunicare*, que significa "la acción de poner en común". De modo que cuando alguien comunica algo, está poniendo en común con alguien más ese pensamiento.¹

"Comunicar consiste en participar el conocimiento y la experiencia".²

"Comunicación es el proceso de interrelación humana que se realiza mediante el uso de signos, generalmente en forma de códigos".³

"Comunicación es el mecanismo mediante el cual existe y se desarrolla la relación humana".⁴

Otra definición utilizada es: "Transmisión de información, ideas, emociones y habilidades, mediante el uso de símbolos, palabras, imágenes, cifras o gráficos".⁵

No cabe duda de que es muy diversa la manera de definir este concepto, pero conviene advertir los distintos puntos de vista para obtener una visión panorámica del término.

Rogers afirma que es "el proceso de transmitir mensajes de una fuente a un receptor, es decir que la comunicación es transferir ideas a fin de modificar la conducta de un receptor".⁶

Conviene indicar que los estudios semióticos entienden la comunicación como la transmisión de significados. El común denominador de estas definiciones es que la comunicación nos pone en relación con el mundo, con los demás y con nosotros mismos pues somos tan solo lo que comunicamos a los demás por medio de palabras, gestos, posturas y parpadeos; es el único camino que puede seguirse para conocer a otra persona.

Una nueva definición de comunicación, propone incluir los elementos esenciales y más evidentes del proceso. El emisor, el mensaje, el código, el

¹ Maldonado, William Héctor. Manual de comunicación oral, Edit. Alhambra México, D. F. 1997. p. 13

² Guajardo, Horacio. Teoría de la comunicación social, Editorial Gernika, México, D. F. 1986. p. 30

³ Díaz, Bordenave Juan. Planificación y comunicación, Edit. Don Bosco. Quito. 1978. p.30

⁴ Berelson, Bernard. Reader in public opinion, p. 47

⁵ Blake, Reed. Una taxonomía de conceptos de comunicación, Editorial Nuevaomar. México. 1975. p. 3

⁶ Maldonado, Op.cit. p.13

receptor y la retroalimentación.⁷

El primero, (**emisor**), es el odontólogo o el equipo odontológico, quienes transmiten, en un contexto cara a cara, estímulos para modificar la conducta del (**receptor**), quien es el niño o paciente infantil.

A la información que se transmite cuando nos comunicamos se le conoce como **mensaje**. Éste es un elemento que tiene gran valor porque se define como la información que está siendo transmitida. El mensaje es el núcleo de la comunicación y el resto de los elementos del proceso realizan su función directa con éste. Siendo el **código** la manera en que se transmite la información, que generalmente es el habla.

El elemento **respuesta** se define como retroalimentación o reacción que tiene el receptor de captar el mensaje.

En resumen, la definición de clasificación es la siguiente:

La comunicación es un proceso,

- para transmitir mensajes,
- mediante el uso de signos o códigos,
- interviene un emisor, quien da a conocer el mensaje o lo emite
- interviene un receptor, quien recibe el mensaje
- hay una reacción o efecto, llamado retroalimentación.

Al adoptar esta definición estamos hablando de la comunicación en general, pero no debemos olvidar que es muy variada la forma en que se dan las comunicaciones y, por tanto, se hace necesario indicar que sólo se abordará la comunicación interpersonal, llamada también interindividual. Es aquella que tiene lugar en forma directa entre dos o más personas físicamente próximas, con una retroalimentación inmediata. Este tipo de actividad cognitiva tiene las siguientes características:⁸

- La participación de dos o más personas físicamente próximas.
- La interacción se da mediante un intercambio de mensajes en el que los participantes se ofrecen recíprocamente algunas señales.
- La interacción es cara a cara y puede recurrirse a todos los sentidos.
- El contexto interpersonal es no estructurado de manera que la forma o

⁷ Maldonado, Op. cit. p. 14

⁸ Ib. p.19

contenido de sus mensajes son regidos por pocas reglas.

De esta manera, la comunicación interpersonal se ocupa de investigar situaciones sociales donde las personas mantienen una interacción mediante el intercambio recíproco de señales verbales y no verbales.

La comunicación es un proceso inevitable, irreversible y continuo. Es inevitable porque donde se requiere progreso debe haber transmisión de significados. Es irreversible porque, una vez que se ha realizado, no puede darse igual en dirección contraria, pues aunque se de una respuesta, la consideramos como un paso más de avance en el proceso. Y por último es un proceso continuo o en movimiento, característica principal para que pueda ser un proceso.

Proceso. Se define como cualquier fenómeno que presenta una continua modificación a través del tiempo. De manera que "la comunicación no es una entidad estática arreglada en el espacio y en el tiempo sino un proceso dinámico".⁹

Estrategia. Es la habilidad, táctica, maniobra o destreza para dirigir un proyecto.¹⁰

Optimizar. Buscar la mejor manera de realizar una actividad.¹¹

Lenguaje. Es el conjunto de medios de que el hombre se vale para comunicarse con sus semejantes, para transmitir a otros sus pensamientos, sentimientos, deseos, en una palabra, todos sus estados de ánimo. Comprende tanto el lenguaje tanto mímico (expresado por ademanes o gestos), como el fonético (por sonidos articulados) y el gráfico o escritura (por signos), así todo sistema empleado para expresar un pensamiento es el lenguaje.¹²

Vygotsky menciona que el lenguaje desempeña funciones muy importantes en el desarrollo cognoscitivo, ya que proporciona el medio para expresar ideas y plantear preguntas. Al considerar un problema, por lo general pensamos en palabras y oraciones.¹³

Desarrollo. Este término se refiere a una serie de cambios que ocurren, de manera ordenada y que permanecen por un periodo relativamente largo, entre

⁹ Ib. p. 20

¹⁰ García, Ramón. et. cl. Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse, México. 1986. p. 441

¹¹ Ib. p. 742

¹² Enciclopedia autodidáctica Quillet. Tomo I. Edit. Cumbre, México. 1978. p. 13

¹³ Woolfolk, Anita E. Psicología educativa. Editorial Pearson Educación. Edo. de México. 1999. p. 45

la concepción y la muerte de los seres humanos.

El desarrollo cognoscitivo explica los cambios en el pensamiento. El desarrollo social se refiere a los cambios en la forma en que un individuo se relaciona con los demás. El psicomotriz, a los cambios que tienen relación con la actividad psíquica y sus habilidades para realizar ciertos movimientos.¹⁴

¹⁴ Ib. p. 24

2. Antecedentes

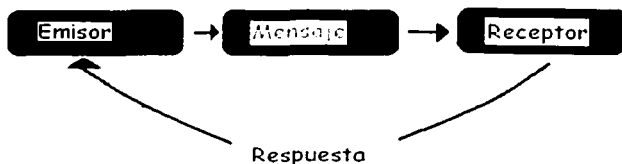
El primero en elaborar un modelo de comunicación fue Aristóteles, y según él, se requerían tres elementos para que se diera la comunicación, los cuales son:

Orador → Discurso → Público

Estos tres elementos son equivalentes al emisor, el mensaje y el receptor,¹⁵ que se explicarán posteriormente.

Harold Lasswell, un teórico de la comunicación, presentó un modelo de comunicación que coincidía con el de Aristóteles a excepción de un elemento más: el cual definió como el medio por el cual se transmite el mensaje; pero posteriormente, el mismo Harold Lasswell desarrolló su modelo verbal de la comunicación:

¿ Quién ?	Emisor
¿ Dice qué ?	Mensaje
¿ Por qué medio ?	Canal o forma de transmitir
¿ A quién ?	Receptor
¿ Con qué efecto ?	Respuesta o retroalimentación ¹⁶



La comunicación más simple depende de la existencia de una lengua, ciertos gestos o un sistema de signos comunes que se desarrollan durante la comunicación. Mientras nos comunicamos producimos significados que no sólo transmitimos o recibimos, sino que entendemos necesariamente lo que tenemos que decir o mostrar.¹⁷

Los sistemas de comunicación nunca han sido un agregado opcional en la

¹⁵ Maldonado, William Héctor. Manual de comunicación oral. Edit. Alhambra. México, D. F. 1997. p. 23

¹⁶ Ib. p. 23

¹⁷ Williams, Raymond. Historia de la comunicación. Edit. Bosch. 1992. p.31

organización social o en la evolución histórica. "A medida que estudiamos su verdadera historia vemos que ocupan un lugar junto a otras formas importantes de organización y producción social, del mismo modo que ocupan un lugar en la historia de la invención material y de la ordenación económica."¹⁸

El modelo de un número reducido de comunicadores que emplean tecnologías poderosas para dirigirse a vastos públicos, es oportuno a muchas situaciones actuales, sobre todo en los casos de una prensa, unos medios televisivos y un cine fuertemente centralizados.¹⁹

Hoy la comunicación transmite el mayor caudal de conocimientos que el hombre ha reunido en su historia, con testimonios perdurables de autenticidad nunca registrados antes; y lo hace más rápidamente a zonas más alejadas y audiencias más numerosas. El universo de las comunicaciones cambia o modifica su información más rápidamente que cualquier otro fenómeno, de ahí que el progreso de las comunicaciones encierre la mayor revolución de nuestro tiempo, paralela quizá, a la que el hombre experimentó cuando supo que la tierra se movía. La industria de la comunicación representa dos terceras partes del producto interno bruto en los países avanzados, empleando en ellos el 72% de los recursos humanos. Hoy se editan cerca de 10 mil títulos diarios de libros en el mundo; en síntesis nos enfrentamos a un mundo en que las técnicas de la comunicación diluyen el efecto de la distancia y tiempo.²⁰

Así, el habla, constituye la base de la comunicación con los demás, de modo que los pensamientos y sentimientos transmiten el sentido, incluyendo el mensaje o mensajes expresados por escrito, verbalmente, mimicamente, expresivamente o mediante el arte.²¹

¹⁸ Ib., p. 31

¹⁹ Ib., p. 31

²⁰ Maldonado, Op. cit. p.23

²¹ Escobar, Fernando, Odontología pediátrica, Edit. Universitaria, Chile. 1990, p. 22

3. Etapas de desarrollo en niños de seis años de edad

3.1 Desarrollo cognoscitivo

En las categorías de desarrollo cognoscitivo de Piaget, el periodo preoperativo, se divide en proconceptual (de 2 a 4 años) y preconceptual (de 5 a 7 años) en el cual hay un empleo de pensamientos e imágenes complejos.²²

A los seis años de edad, casi todos los niños han dominado la mayor parte de los sonidos de su idioma materno, aunque todavía les quedan algunos por conquistar, en esta época el lenguaje es todavía muy egocéntrico.²³

"Si alguna vez se ha pasado mucho tiempo cerca de niños pequeños, sabe que es frecuente que se hablen a sí mismos cuando juegan"²⁴. Piaget llamó a este fenómeno habla egocéntrica, en la que los niños al madurar desarrollan un habla socializada, además de aprender a escuchar e intercambiar ideas. Vygotsky, en cambio, piensa que el habla privada de los niños más que ser un signo de inmadurez cognoscitiva, esos susurros cumplen una función importante en el desarrollo. Los niños que se comunican con ellos mismos orientan su conducta y su pensamiento. Cuando maduran, sus conversaciones se vuelven más discretas, pasan de la conversación hablada a los susurros y luego al movimiento silencioso de los labios. El uso de la habla privada llega a un punto máximo entre los cinco y siete años.

El niño utiliza el lenguaje para cumplir actividades cognoscitivas importantes, como dirigir la atención, resolver problemas, planear, formar conceptos y desarrollar autocontrol. Los niños tienden a emplear más el habla privada cuando se sienten confundidos, tienen dificultades o cometen errores.

En los primeros años de la escuela elemental, (aproximadamente a los seis años), muchos niños pueden comprender el significado de las oraciones, pero todavía no las utilizan en sus conversaciones habituales. Comprenden oraciones con un promedio de entre 5 y 7 palabras y puede seguir 3 instrucciones consecutivas. Conocen las reglas ordinarias y de uso frecuente, como la formación del plural (añádase -s o -es, etc.), el tiempo pasado de los verbos regulares, etc., aunque las formas irregulares de los verbos todavía les

²² Pinkham, J. R. Odontología pediátrica, Mc Graw Hill, México. 1991. p. 204

²³ Woolfolk, op. cit. p. 54

²⁴ Ib. p. 45

causan problemas, el lenguaje sigue desarrollándose.²⁵

Relaciona palabras, imágenes, define palabras, repite números, identifica posiciones y explica en qué forma se parecen los objetos.²⁶



A medida que el niño progresa y asciende de grado, la gramática (sintaxis), la semántica (significado) y la pronunciación mejoran y se incrementa el uso de estructuras gramaticales complejas, como los artículos y las conjunciones. Algunos niños suelen tener problemas con palabras abstractas como justicia o economía, por lo que es posible que tomen las cosas literalmente y esto les impida entender sarcasmos o metáforas.²⁷

²⁵ Stromen, Ellen A. et. al. Psicología del desarrollo, edad escolar, Manual Moderno. México.1987. p. 120

²⁶ Wallon, Henry. La evolución psicológica del niño, Edit. Grijalvo. España. 1984. p. 76

²⁷ ADAM. Enciclopedia Médica. "Desarrollo de los niños en edad escolar". 2003. p.2 www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002017.htm

El niño a partir de los 2 años, aprende de 6 a 10 palabras al día, lo que significa que para los seis años tiene un léxico de 8 000 a 14 000 palabras.²⁸

El lenguaje de los niños de 6 años es mucho más fluido y coherente que en niños de menor edad. Les gusta conversar, expresar lo que piensan, conocer por qué sucede uno u otro fenómeno de la naturaleza o de la vida social, por lo que constantemente preguntan todo lo que observan.

Establecen buena comunicación tanto con los adultos como con otros niños (as) y comprenden que hay cosas que pueden y que no pueden hacer.²⁹

El periodo entre los cinco y siete años de edad (seis años), parece ser un periodo de cambio especialmente rápido, indicando una actitud de reflexión, debido a una maduración neurofisiológica. Los niños entienden muy bien y es una frecuente mortificación para padres y maestros el hecho de que los niños desobedezcan las instrucciones u órdenes. .³⁰

El niño de seis años de edad mejora notablemente la habilidad para concentrarse sobre la información que tiene, y que a él le interesa en ese momento, lo que necesita para obtener el resultado final y descartar la información irrelevante. La imagen global de todo esto es una imagen de cambio, que parte de una ejecución mucho más flexible y variada.³¹

Hacia los seis años el niño empieza a disociar su pequeña persona del medio familiar, a veces parece incluso revelarse contra él, quiere parecer mayor, emplea palabras que acaba de aprender entre sus compañeros y que constituyen un lenguaje propio de su edad. Parece paralizado por un nuevo deseo de independizarse, que corresponde a una nueva etapa en su desarrollo psíquico. A esta edad se hace capaz de captarse a sí mismo como una persona autónoma y capaz de mantener relaciones diversas con las personas que tiene a su entorno. El niño tiene la capacidad de admitir ser el primero en algunas actividades y reconocer que no lo es en otras.³²

²⁸ Woolfolk. Op. cit. p. 54

²⁹ González, Rodríguez Catalina. "La actividad motriz en el niño y la niña de 5 años a 6 años" www.efdeportes.com/ Revista Digital - Buenos Aires - Año 8- N° 49 - Junio del 2002

³⁰ Stromen. Op. cit .125

³¹ Ib. p. 128

³² Wallon, Henry. Psicología y educación del niño. Edít. Visor. Madrid, España. 1987. p. 181

3.2 Desarrollo social (personalidad)

De acuerdo con Piaget, los niños preoperacionales son muy "egocéntricos", lo cual no significa que sean egoístas sino que suponen frecuentemente que todo el mundo comparte sus sentimientos, reacciones y puntos de vista.³³

El niño de seis años es el centro de su propio universo, quiere, y necesita ser el primero, el más querido, quiere todo para él. El elogio es un elixir para los niños de 6 años de edad, pero el correctivo es un veneno. Su personalidad es imperativa e independiente. Realiza sus acciones con una predisposición dirigida hacia sí mismo. Es autoritario, quiere que las cosas se hagan como él dice, domina una situación y está siempre alerta para sugerir.³⁴

A los seis años, el niño comienza a interesarse por su propia estructura anatómica. Se siente muy seguro cuando adquiere el dominio de una situación. Cuando el mundo exterior actúa contrariamente sobre su personalidad, es obstinado y poco razonable; presta poca atención y se enoja fácilmente. El niño de seis años desplaza fácilmente su personalidad actual hacia una personalidad anterior o regresión.³⁵

El niño se percibe entre sus compañeros como una unidad que puede añadirse a grupos diferentes, que puede clasificarse de distinto modo según las actividades que realiza: la facilidad en el aprendizaje de la lectura, de matemáticas, etc.³⁶

Así se establecen relaciones recíprocas entre el grupo y el niño. El niño puede querer entrar en un grupo o negarse a entrar en él, pero el grupo puede también aceptar al niño o rechazarlo; los niños saben manejar bien esas relaciones de grupo a individuo.³⁷

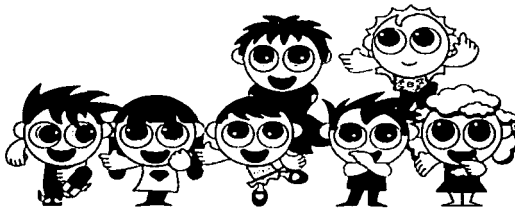
³³ Woolfolk. Ib. p. 32

³⁴ Gessell, Arnold. et.al. El niño de 5 y 6 años de edad, Buenos Aires. 1975. p. 84

³⁵ Ib. p. 92

³⁶ Wallon. Op. cit. p. 191

³⁷ Ib. p. 191



La amistad a esta edad tiende a establecerse más que todo con miembros del mismo sexo. Los niños de esta edad tienden a denunciar y hablar de lo "extraños" y "feos" que son los miembros del sexo opuesto. Esta falta de aprecio por el sexo opuesto va desapareciendo de forma paulatina a medida que el niño se acerca a la adolescencia.³⁸

Mentir, hacer trampa o robar son ejemplo de comportamientos que puede "intentar" un niño en edad escolar (seis años) al aprender a negociar las muchas expectativas y normas establecidas en la familia, los amigos, la escuela y la sociedad en general.

La capacidad para mantener la atención es importante para alcanzar el éxito tanto en la escuela como en el hogar. Los niños de seis años de edad deben ser capaces de mantenerse concentrados en una tarea durante al menos 15 minutos.³⁹

Se pueden presentar explosiones emocionales con mucha rapidez y en diferentes formas: algunos niños se limitan a llorar, algunos atacan a los demás verbalmente, con manos y pies, otros sufren ataques de nervios en los cuales parece que tuvieran todo el cuerpo en llamas. Los que estallan en llanto, son quizás los más sensibles: lloran porque las cosas no van como ellos quieren, porque sus sentimientos se sienten heridos, porque la mamá les habló rígidamente. Los que atacan verbalmente o físicamente son de naturaleza más

³⁸ ADAM. Enciclopedia Médica. Op. cit. p.2

³⁹ Ib. p.2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

emotiva e inconsciente, sienten que el curso de la acción de su acción se ve de pronto obstaculizado. Los ataques verbales son breves: "no quiero", "gritaré", "te pego", "vete de aquí", "te mataré".⁴⁰ Pero, poco a poco, van intercalando respuestas con mayor aceptación social.⁴¹

Existe un predominio de rabietas violentas y constantes cúspides de tensión, se muestra como un cobarde agresivo, por ello presenta temores exagerados de lesiones en el cuerpo.⁴²

En la respuesta tipo ataque de nervios, algunos niños pierden el control; los padres dicen: "se encoleriza tanto que parece casi enloquecido". En esas rabietas el niño puede llegar a tirar un florero u objetos cercanos a él. Algunos niños reaccionan bien ante la ayuda del padre o la madre; la mayoría responde, finalmente a la distracción, pero unos pocos parecen necesitados de continuar hasta haber agotado sus energías.⁴³

Puede castigar con indiferencia y silencio; otros manifiestan su emoción sintiéndose heridos, haciéndose las víctimas, con autocompasión, amenazando con irse o infligiéndose dolor físico. Respuestas que en resumen, constituyen tipos impulsivos (agresión) o inhibidos (represión), según la educación, disciplina y actitudes parecidas a las de sus padres.⁴⁴

La actitud irrespetuosa y brusca "lista para pelea", evidente en la voz, y el comportamiento del niño de 6 años, disgusta a muchos padres. Si se le pregunta algo, el niño de seis, quizá responda: ¿por qué quieres saberlo?, o puede usar su frase favorita ¿y qué?.

⁴⁰ Gessell. Op. cit. p. 82

⁴¹ Escobar. Op. cit. p. 32

⁴² Barbería, Leache Elena, et. al. Odontopediatría. Edit. Masson. Barcelona, España.2001. p. 117

⁴³ Gessell. Op. cit. p. 82

⁴⁴ Escobar. Op. cit. p.33



Discute, puede llegar a ser ruidoso y posiblemente se tranquilice si se lee algo o si se le hace escuchar música.

A los seis años el niño tiende a tener una personalidad bipolar, ya que puede ser el más feliz o llorar al momento siguiente, los ojos le brillan; cuando está a punto de contar un cuento, en ocasiones es angelical, cariñoso, sociable y simpático. Si hay cosas que le gustan y le disgustan profundamente, sus preferencias las demuestran con verdadero gusto.⁴⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁵ Gessell. Op. cit. p. 85

3.3 Desarrollo psicomotriz

"Los niños al madurar se enfrentan al crecimiento, el cual para la mayoría de los niños significa hacerse más grande, más fuerte y mejor coordinado; pero también puede ser atemorizante, decepcionante, emocionante y sorprendente."⁴⁶

Las destrezas motoras gruesas, que incluyen el control de los grandes músculos, mejoran notablemente al llegar a los seis años de edad, por ejemplo: trepar obstáculos, deslizarse por pendientes elevadas, mantenerse en equilibrio pasando por superficies altas y estrechas, saltar desde alturas, correr, saltar obstáculos, golpear pelotas, conducir objetos por diferentes planos, lanzar y atrapar objetos, etc. además de adquirir habilidades para el ciclismo, patinaje, natación, caminatas largas, juegos, campamentos, etc.⁴⁷ La mayor parte de estos movimientos se desarrolla en forma natural si el niño cuenta con las habilidades físicas normales y la oportunidad de jugar.⁴⁸



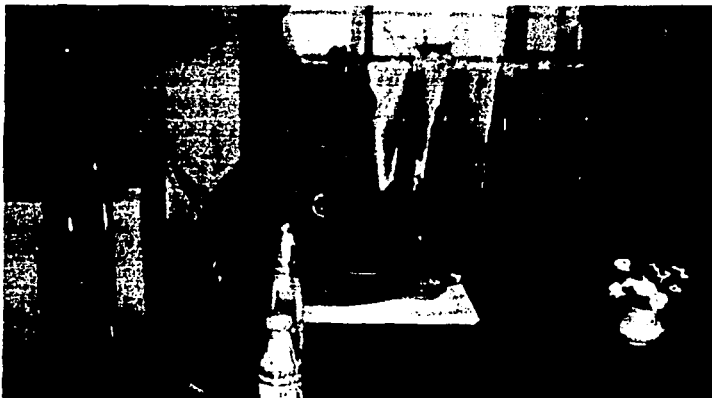
⁴⁶ Woolfolk. Op. cit. p. 98

⁴⁷ González. Op. cit. p.2

⁴⁸ Woolfolk. Op. cit. p. 98

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a las destrezas motoras finas, se encuentran por ejemplo: usar el lápiz, hacer dibujos representativos, cortar con tijeras y escribir letras.



Demuestran interés por los resultados de sus acciones y se observa un marcado deseo de realizarlas correctamente, de acuerdo a los logros que obtiene, va adquiriendo la experiencia motriz necesaria para ir regulando sus movimientos.

Los ámbitos que desarrolla la motricidad (esquema corporal, orientación espacio-temporal y lateralidad) adquieren para el niño de seis años un significado mayor gracias al desarrollo cognoscitivo alcanzado. Por ejemplo: en el concepto de lateralidad son capaces de orientarse hacia la derecha y a la izquierda, no solo con relación a su propio cuerpo sino también con el de otros niños y con los de objetos a distancia, que con una simple indicación del adulto, son capaces de comprender su ubicación. También establecen una mejor relación espacio-temporal, pues se desplazan hacia diferentes direcciones y al mismo tiempo varían el ritmo de desplazamiento realizándolo rápido o lento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este grupo de edad se observa una gran explosión en el desarrollo de las capacidades motrices ejecutadas con mayor calidad, el niño lanza más lejos, corre más rápido, demuestra mayor coordinación, equilibrio, ritmo y orientación en la ejecución de los movimientos.

Regulan también sus movimientos al lanzar un objeto a distancia, realizan saltos de longitud cayendo con semiflexión de las piernas y buena estabilidad. Saltan con un pie y con los dos ejecutan saltillos laterales y hacia atrás.

Se considera oportuno reiterar la importancia de que aunque los niños pasan por estadios similares a lo largo de su desarrollo, las características generales expresadas pueden variar en cada niño de acuerdo a sus particularidades individuales, por lo que algunos niños pueden manifestar niveles de desarrollo superiores o inferiores a los mencionados.⁴⁹

⁴⁹ González, Rodríguez Catalina. "La actividad motriz en el niño y la niña de 5 años a 6 años" www.efdeportes.com/ Revista Digital - Buenos Aires - Año 8- N° 49 - Junio del 2002

3.4 Desarrollo emocional

"El niño de seis años está en etapa de transición hacia el pensamiento lógico; el niño comienza a discutir en forma lógica y puede ser difícil de persuadir".⁵⁰

A esta edad están desapareciendo los dientes de leche; aparecen los primeros molares permanentes, incluso la química del cuerpo del niño sufre cambios que se reflejan en un aumento de la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas por lo que el niño se encuentra en un estado más o menos constante de tensión emocional.⁵¹

En la medida que se desarrolla el lenguaje, se agregan verbalizaciones a las respuestas motoras (como alegría, miedo, enojo, y emociones que requieren de mayor desarrollo intelectual: felicidad, curiosidad, envidia, ansiedad, celos); las circunstancias que las manifiestan cambian con la edad del niño, según evoluciona su madurez.⁵²

3.4.1 Miedo

Los temores pueden ser racionales e irracionales, pero en ambos casos se establecen en la experiencia de cada niño; la mayoría de ellos aprenden de diversas maneras, aunque se piensa que ocurren por asociación directa de experiencias que de modo natural producen miedo (llamado objetivo, ya que es resultante de una experiencia real), como por ejemplo, una experiencia odontológica traumática, donde se produjo dolor o trauma psíquico; ruidos fuertes o movimientos bruscos.

Otro mecanismo es por imitación del miedo del adulto, probablemente transmitido inadvertidamente por los padres, o al haber escuchado historias odontológicas de amigos, de hermanos mayores o compañeros de juego. Este tipo de miedo es llamado subjetivo y es fácilmente magnificado por la imaginación del niño.⁵³

⁵⁰ Koch, Giron, et.al. Odontopediatría, enfoque clínico, Editorial Médica. Buenos Aires. 1994. p. 42

⁵¹ Gessell. Op. cit. p. 53 - 81

⁵² Escobar. Op. cit. p. 28

⁵³ Sogbe, de Agell Rosemary, et.al. Conceptos básicos en odontología pediátrica, Editorial Desinlimed. Venezuela. 1996. p. 26

Los niños tienen miedo a los elementos de la naturaleza: el trueno, la lluvia, el viento y en especial, el fuego, despiertan temo, cada uno en forma diferente, pero particularmente debido a los ruidos que provocan. Los ruidos producidos por el hombre, tales como sirenas, teléfonos, las voces coléricas por el radio, pueden despertar temor en cuanto los localiza e identifica. El niño puede protegerse tapándose los oídos con las manos.

El niño de seis años teme también a los imaginarios duendes y fantasmas que atraviesan las paredes, así como a las deformidades corporales o alguien con una pierna rota o enyesada. Algunos otros niños sienten temor de que otros niños los ataquen.

Los niños de seis años de edad no sólo inhiben el impulso del miedo sino que se apartan de la situación con rechazo, que asume a veces la forma de pataleta.⁵⁴

Así, los modos de conducta comprendidos a los seis años de edad muestran un incremento en las reacciones al temor, el cual puede estar constituido por el más pequeño daño corporal que pueda infligírsele: un rasguño, un desgarre, el pinchazo de una aguja hipodérmica, la vista de la sangre o insectos, debido a sus zumbidos y picaduras.⁵⁵

La lectura de cuentos como el del lobo que se traga a un niño, o de abejas que pican, puede muy bien ser la verdadera fuente de la negativa de un niño de volver al sitio donde ocurrió su nueva experiencia.

3.4.2 Preocupación

La preocupación es causada por situaciones imaginarias que pueden representar una amenaza en el futuro. Como es lógico, para que la preocupación exista, tiene que haber un desarrollo intelectual que la haga posible, el imaginar anticipadamente una situación probable, es prevalente en niños de seis años.⁵⁶

⁵⁴ Escobar. Op. cit. p. 31

⁵⁵ Gesell. Op. cit. p. 87

⁵⁶ Escobar. Op. cit. p.31

3.4.3 Ansiedad

La ansiedad está relacionada con situaciones específicas, representada por un estado emocional inconfortable y generalizado, por lo que se percibe más ansiedad que preocupación ante la perspectiva de ir al dentista.

La ansiedad es una situación muy molesta que se compensa con maniobras de ocultamiento, como dormir sin estar cansado (visible a veces en pleno tratamiento odontológico), mantenerse ocupado para no pensar, recurrir a fantasías o retroceder a etapas más tempranas de la conducta.

3.4.4 Timidez

La timidez, otra forma expresiva, consiste en gestos tales como retorcerse los dedos, mirar de reojo y ocultar la cara con los brazos.

3.4.3 Rabia o ira

El escolar de 6 años, es muy destructivo, reacciona de manera que una pataleta además de ser mantenida durante largo tiempo, puede ser violenta y destructiva, no vacilando en dar golpes, patadas o mordiscos. Si no puede alcanzar a la persona o cosa identificada como responsable, añade nuevos elementos como tirarse al suelo, tirarse el pelo o contener la respiración.

Los niños se pelean, dando patadas, tirando piedras o haciéndose los rudos con los más pequeños, pero poco a poco, van intercalando respuestas con mayor aceptación social. Otros niños pueden manifestar su emoción sintiéndose heridos, haciéndose las víctimas, con autocompasión, amenazando con irse o infligiéndose dolor físico.⁵⁷

⁵⁷ lb. p.32

4. La comunicación y el cirujano dentista

Existen innumerables modos de comunicación entre el niño de seis años y el dentista. Además de la comunicación verbal, el niño es hábil en detectar expresiones faciales, el contacto físico, 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, y el sentido que éstas conllevan.⁵⁸

El dentista está diciendo cosas al niño de seis años incluso antes de verle, mediante el ambiente y las personas que lo rodean como el personal auxiliar.⁵⁹

El odontólogo debe obtener datos acerca del niño, que le van a permitir conocer y percibir al niño en su totalidad. Para la obtención sistemática de todos estos datos es recomendable realizar una encuesta psico-conductual, en donde la madre nos facilite información importante acerca del niño, que servirá para crear expectativas de conducta ante el tratamiento odontológico a realizar.

Algunos de estos datos son: edad cronológica, estructura familiar, nivel socioeconómico, nivel y rendimiento escolar, conducta en el hogar, comportamiento con el pediatra, experiencias odontológicas previas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, temor a algún objeto o evento especial, juegos o actividades predilectas, destrezas o intereses especiales.⁶⁰

Cabe destacar que en ocasiones la edad cronológica no corresponde con el desarrollo psicomotor que el niño presenta: es por ello importante que el odontólogo esté familiarizado con las características básicas del niño de seis, de las cuales se hicieron mención anteriormente.

El lenguaje afectuoso es importante para evitar que el niño de seis años se sienta fastidiado tanto emocional como socialmente.⁶¹

Las formas de comunicación que existen para los niños de seis años de edad, son sólo normas generales, ya que no existen normas inflexibles en un ámbito tan impredecible como en el de los niños, donde siempre se ha de estar

⁵⁸ Ib. p. 36

⁵⁹ Ib. p. 36

⁶⁰ Segbe, Op. cit. p. 24

⁶¹ ADAM, Enciclopedia Médica. Op. cit. p. 2

preparado para improvisar según lo exija la situación.⁶²

El contacto con el niño de seis años de edad requiere de 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 éste, quien está frecuentemente temeroso o muy aprensivo.⁶³

La respuesta inicial de los seis años a cualquier exigencia personal que se le plantea es, por lo general, "no", pero si se le da tiempo y explicaciones, aceptará la idea como si fuera propia. Puede adoptar una inmovilidad de estatua si se le pide que se apure. Algunas veces se muestra dispuesto, especialmente si se le pide en tono amable. Necesita que se le den tres, o posiblemente cuatro posibilidades. Si esto fracasa, frecuentemente se puede lograr ponerlo en marcha contando hasta un determinado número, recurso que comúnmente funciona como por arte de magia.⁶⁴

Se puede afirmar que en la consulta dental hay niños que habitualmente resultan problemáticos, como en el caso de un niño infraestimulado, quien puede mostrarse receloso e incluso desarrollar reacciones muy variables dirigidas a llamar la atención de los adultos, por lo que el dentista debe mostrar una actitud paciente y amable, con lo que casi siempre resulta fácil obtener su cooperación y hasta su amistad.

Por otra parte el niño sobreprotegido de seis años tiene grandes dificultades para tolerar la frustración, por lo que la actitud del dentista deberá ser más firme, aunque siempre amable y comprensiva.⁶⁵

La ansiedad al relacionarse con el dentista, a las maniobras y al ambiente del mismo, puede afectar profundamente a niños escolares, quienes pueden sufrir igualmente antes de ir a la escuela, por un mecanismo similar y sentirse físicamente enfermos desde la víspera de la consulta dental. El dentista debe estar capacitado para reconocer las conductas propias de la ansiedad en cualquiera de sus niveles para ayudar a sus pacientes en los mecanismos

⁶² MacDonald R.E. Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. Edit. Mundi. 1987. p.44

⁶³ Escobar. Op. cit. p. 41

⁶⁴ Gissell. Op. cit. p. 84

⁶⁵ Varela, Morales Margarita. et. al. Problemas bucodentales en pediatría. Editorial Ergon. Madrid, España.1999. p.259

adaptativos.⁶⁶

Los métodos más efectivos para aliviar el temor y la ansiedad consiste en instalar actitudes receptivas a través de modelos positivos, reducir la incertidumbre con información útil, dar apoyo emocional mediante comunicación no verbal positiva y eliminar el dolor por medio de una analgesia efectiva. Sin embargo, hay que advertir que dar más información de la necesaria puede convertirse en factor productor de ansiedad, tanto como el ofrecer muy poca.⁶⁷

"Por lo general los niños de esta edad, tras una desconfianza inicial, establecen con el dentista una relación serena y positiva; sin embargo, tampoco es excepcional el que, en un determinado momento, el temor o frustración mal manejados por el profesional den paso a actitudes inmaduras y regresivas".⁶⁸

4.1 Establecimiento del comunicador

Los miembros del equipo odontológico deben ser precavidos cuando se comuniquen con el paciente pediátrico de seis años de edad. Por lo general el ayudante habla con el niño cuando éste se desplaza desde la sala de recepción al sillón dental. Cuando llega el odontólogo, el ayudante suele adoptar un papel más pasivo, puesto que el niño sólo puede escuchar a una persona. Cuando orientan al niño el odontólogo y el ayudante, a veces el resultado final es una respuesta no deseada porque el niño de seis años se siente confundido.⁶⁹

⁶⁶ Escobar. Op. cit. p.31

⁶⁷ Koch. Op. cit. p. 47

⁶⁸ Varela. Op. cit. p.259

⁶⁹ MacDonald. Ib. p. 44

4.2 Establecimiento de la comunicación

Son muy importantes los signos que se manifiestan sin pronunciar una palabra (p. ej., el interés y la sensación de afecto). Con una sonrisa amable se le está diciendo al niño que va a cuidarle un adulto. Los niños responden mejor ante las actitudes naturales y amistosas. También se sienten más a gusto si se les llama por el nombre de pila (que puede anotarse en su historia clínica). Mencionar la escuela o las actividades extraescolares que realizan (p. ej., grupos de *boy scouts*, equipos de béisbol, jockey o cualquier otra afición), facilitará las conversaciones.⁷⁰

Las habilidades motoras maduran en forma gradual y el niño desarrolla una visión más realista de la sociedad y, por lo tanto, del tratamiento odontológico. Por lo que el niño de seis años, se encuentra en la edad en que se puede iniciar un "compañerismo" y realizar "contratos" terapéuticos con el niño. Éste desea explicaciones y aumenta su capacidad de pensamiento abstracto, comúnmente le gusta oír que es uno de los muchos niños que asisten a la clínica y es capaz de comprender generalizaciones.⁷¹

Para que un tratamiento tenga éxito lo primero que hay que hacer es establecer una buena comunicación con el niño, haciendo comentarios sobre él y después preguntas a las que pueda responder con otras palabras que no sean sí o no, de esta manera se relajará y podremos obtener información a cerca de él.⁷²

Al hablar con un niño de seis años, hay que situarse al nivel de él en ideas y palabras o a un nivel ligerísimamente superior, eligiendo objetos y situaciones familiares para él. Nunca hay que mentir a los niños, es necesario explicar las cosas de forma que puedan entenderlas, pero sin regañarlos.

Es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad, lograr que desconfíe y crear confusión.

Nunca se puede subestimar la inteligencia de un niño, a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso, lo cual les permite distraerse y no pensar en los procedimientos dentales.

⁷⁰ Mc Donald. Op. cit. p. 44

⁷¹ Koch. lb. p.18

⁷² Macdonald lb. p. 44

Deben evitarse palabras que puedan inspirar miedo en el niño. Muchos de los miedos de los niños no son por el procedimiento en sí, sino por la intranquilidad que produce la connotación de ciertas palabras, por lo cual el profesional deberá de llevar a cabo su propia selección, llevando a cabo pequeñas adaptaciones del vocabulario empleado.⁷³

4.2.1 Comunicación verbal específica para niños de seis años

Para los niños que no cooperan como los que les gusta cooperar, el hacerles comentarios positivos cuando siguen las instrucciones que se les da, ayuda a desarrollar la confianza en ellos.⁷⁴

La conducta que se refuerza positivamente ocurre más frecuentemente que aquella que no se refuerza durante el procedimiento dental. Cuando el niño no coopera y no sigue las instrucciones, es debido a la ansiedad. Si ellos se sienten amenazados por una circunstancia en particular es difícil para ellos cooperar, por lo que su conducta retrasará el procedimiento, tratando de negociar con el operador, escapando o evadiendo el procedimiento.⁷⁵

La retroalimentación positiva frustra los sentimientos de amenaza, por lo que se obtiene la confianza y cooperación del paciente infantil de seis años, para colaborar de esta manera con los tratamientos dentales. El felicitar a los niños por abrir su boca es un ejemplo de inicio para dirigir su conducta y optimizar el tratamiento dental .

Para algunos niños, el abrir sus bocas para el dentista es una gran demostración de confianza.

⁷³ Barberla. Op,cit. p.129

⁷⁴ Wright. G.Z.; Starkey, P.E.; Gardner, D.E. Manning children's behavior in the dental office. Edit. Mosby Company. 1983. p. 87

⁷⁵ Fasson, A. Psychological evaluation of the child. Conscious sedation in pediatric dental practice reference manual. Vol. 9 Marh. 1998. p. 20



Es importante hacer comentarios positivos al niño para que siga las instrucciones, esto ofrece al dentista el poder cumplir adecuadamente con el procedimiento dental.

La responsabilidad del dentista es manejar la conducta del niño. Si el niño actúa negativamente, el operador podría evitar dicha conducta diciéndole: "No deberías actuar así, tu no eres un bebé", o "Eres demasiado grande para estar actuando de esta manera". Lo mejor podría ser el usar el pronombre "Yo", para expresar la manera de cómo se siente el cirujano dentista, y expresar qué espera del niño. Por ejemplo el operador podría usar una declaración similar a esta "No quiero que muevas tu cuerpo (manos/brazos) porque cuando mueves tu mano mueves también la mía. No puedo trabajar rápidamente y hacer un buen trabajo si mueves tu mano, porque tu diente vive en el interior de tu cabeza y ellos se mueven junto con tu mano".⁷⁶

⁷⁶ Kendrick, Frank. Practical tips managing children's behavior. Journal of Dentistry for children. July-August. 1999. p.259

A muchos niños les gusta involucrarse ayudando a los adultos. Así otra estrategia podría ser el utilizar afirmaciones similares a esta: "Yo realmente necesito que me ayudes para hacer bien nuevamente tus dientes", "Por favor ayúdame a controlar tu cabeza (cuerpo, brazos y piernas) hasta que yo cuente hasta el número 10".

Wepman y Sonnenberg llamaron a esta estrategia el mensaje del "Yo", aunque la expectativa del dentista es que el niño por su edad, muestre la mejor cooperación, hay que recordar que todos los niños muestran diferentes habilidades y no se desarrollan al mismo tiempo.⁷⁷

4.2.2 Claridad del mensaje

Es importante pronunciar las palabras despacio y claramente, para que el niño pueda entenderlas. Hay que recordar que el niño de seis años responde a tres instrucciones a la vez y, éstas deben ser claras y razonables.⁷⁸

Especialmente para niños quienes tienen dificultad de cooperar, hay que dar órdenes para guiar su conducta. Frecuentemente el objetivo es decirle que se le quiere sin la intención de ofrecerle opciones. El dentista no pregunta al niño si quiere hacer lo que se le pide, sino que se dan órdenes como: "Coloca tus manos a los lados, está bien? o "¿Podrías mantener tu cabeza quieta?".

Esta manera de hablar resulta exitosa para niños "fáciles", pero no para niños con ansiedad y con potencial de ser no cooperadores, de manera que piensan que les está preguntando o dando una opción. El mensaje real que se necesita dar es "no te estoy dando una opción, pero estoy tratando de ser amable darte instrucciones para que tu las sigas".⁷⁹

La claridad del mensaje que reciben los pequeños, se debe mejorar con el tono de la voz y expresión facial, los cuales deben ser congruentes. La claridad sirve

⁷⁷ Ib. p. 260

⁷⁸ Barbería, Leche Elena, et. al. Odontopediatría, Masson . Barcelona, España. 2001. p. 129

⁷⁹ Kendrick, Op. cit. p. 260

para dirigir la conducta de los pequeños y obtener la comprensión de la orden, para que el niño pueda cooperar.

Con frecuencia se utilizan eufemismos para explicar los procedimientos empleados en la consulta y mejorar la claridad del mensaje que se da a los niños.

Para los odontopediatras, los eufemismos o sustitutos de palabras son como un segundo lenguaje. Algunos ejemplos son los siguientes.⁸⁰

Terminología dental

Dique de goma
Grapa
Gel de flúor tópico
Pieza de alta velocidad
Pieza de baja velocidad
Radiografía
Equipo radiográfico
Corona

Eufemismos

Impermeable o globo
Botón para los dientes
Soldado contra la caries
Avión
Motocicleta
Fotografía
Cámara
Gorro de plata



⁸⁰ MacDonald. Op. cit. p. 45

4.2.3 Cómo dar mensajes

Otra estrategia para dar mensajes a los niños es tener contacto visual con el niño utilizando una voz suave y agradable diciendo: "Coloca tus manos a los lados". Este abordaje podría necesitar ser expresado de manera firme y segura y de ser posible expresarlo más de una vez junto con la comunicación no verbal (expresiones faciales). Se puede transmitir con tono suave, pero mostrando firmeza en la expresión, demostrando certeza en que seguirá las instrucciones que se le proporcionen.⁸¹

La explicación al paciente infantil de seis años, antes de iniciar el procedimiento dental, lo prepara para interactuar en él. Asimismo, se puede obtener su confianza por medio de la simpatía y preocupación que el cirujano dentista muestre hacia el paciente.

4.2.4 Conversación

Manejar efectivamente la conducta de los niños en el sillón dental, es importante para desarrollar técnicas de comunicación con los niños. Durante la interacción con el niño, es necesario observar su actitud (llorar, hablar demasiado, mover la cabeza del monitor), así que cuando se guíe la conducta de un niño es útil la conversación. Una conversación útil es aquella que pueda identificar miedos específicos, y también aquella que aclare las expectativas para la cita dental. Utilizar muchas técnicas para captar la atención de los niños y enseñar a comportarse resulta favorecedor para realizar de la mejor manera el tratamiento dental.

⁸¹ Chambers, D.W. Managing the anxieties of young dental patients. Journal Dental Child. September-October, 1970, p. 42

4.2.5 Uso del contacto visual al manejar a los niños de seis años

El cirujano dentista debe pedir al paciente de seis años que lo mire. Cuando el contacto visual es mantenido por un tiempo dando instrucciones al niño, el operador tiene más poder para ganar su cooperación.⁸²

El contacto visual obliga al niño a estar de acuerdo para hacer lo que el cirujano dentista le pide. Explicar al niño que se le quiere estar observando para estar seguro de que se está entendiendo lo que se está explicando. Podría ser necesario decirle: "Voltea tu cabeza hacia mí", o "abre tus ojos".⁸³

4.2.6 Control de la voz

El control de la voz, es el cambio de inflexión o tono firme de palabras cuando se está hablando.⁸⁴

La inflexión elevada de la voz, capta la atención del niño cuando no está poniendo atención a las órdenes. Otra razón para esta inflexión de voz es obtener la atención del niño cuando demuestra evitación de conducta. Una frase común para usar en el control de voz es "¡(nombre del niño) mírame!, o "¡(nombre del niño) escucha esto!".⁸⁵

Después de recibir la atención del niño, la voz del operador puede regresar a la normal. La voz que permanece alta y con tono enérgico puede ser percibida como una voz desagradable o peligrosa para el niño, y la percepción puede ser vista como tal por cualquier observador (sus papás, etc.).

El control de la voz, puede ser también efectivo por el volumen amenazante de la voz, para forzar al niño a estar calmado, en orden para escuchar lo que se le pide.

El control de la voz se refiere a una técnica de comunicación efectiva. Las órdenes súbitas y firmes se utilizan para llamar la atención del niño o para

⁸² Wright, Op. cit. p. 184

⁸³ Kendrick, Op. cit. p. 260

⁸⁴ American Academy of Pediatric Dentistry. Reference manual, Pediatric Dental, November, 1996, Vol. 18 p. 30

⁸⁵ Kendrick, Op. cit. p. 260

obligarle a evitar la conducta negativa, puesto que el odontólogo pretende influir sobre su comportamiento de un modo directo, estableciendo autoridad para optimizar los tratamientos dentales en el niño de seis años.⁸⁶

Los odontólogos han reconocido siempre las ventajas que tiene el empleo adecuado del control de la voz ante un comportamiento inadecuado del niño. Considerando el empleo de órdenes con voz alta como una técnica de castigo, Greenbaum et. al., compararon los efectos de las órdenes con voz alta y con voz normal en 40 niños con problemas de comportamiento, y demostraron que las primeras seguían la interrupción de las conductas anormales.

La teoría de Chambers afirma que el control de la voz es eficaz sobre todo si se utiliza junto con otro tipo de comunicaciones. Para que una comunicación sea posible a veces es necesario que el profesional de una orden súbita para que el niño deje de llorar y preste atención a lo que se le dice. Probablemente, el mismo mensaje emitido en una lengua extraña tendría la misma eficacia para interrumpir el mal comportamiento que impide la comunicación. Si se utiliza en las situaciones correctas y del modo adecuado, el control de la voz constituye una herramienta muy eficaz en el manejo de los niños.

4.3 Comunicación multisensorial

En las comunicaciones verbales, lo principal es *lo que se dice y cómo se dice*, pero los pacientes también pueden sentir o recibir los mensajes de índole no verbal. El contacto corporal también es una forma de comunicación no verbal. El simple hecho de que el odontólogo ponga su mano sobre el hombro del niño mientras está sentado junto a él, crea una sensación de afecto y de amistad. También es importante la mirada, puesto que el niño que evita la mirada del odontólogo con frecuencia no está dispuesto a una colaboración eficaz. El miedo también puede ser manejado sin la necesidad de recurrir a las palabras. La detección de un incremento de la frecuencia cardíaca o de la aparición de gotitas de sudor en la cara del paciente, avisan al odontólogo del nerviosismo

⁸⁶ MacDonald, Ib. p.45

del niño. Cuando el odontólogo le habla, debe procurar no hacerlo desde una posición elevada. Sentado a la altura de los ojos del niño, la comunicación es más amistosa y menos autoritaria.⁸⁷

4.4 Uso del elogio

Nuestra cultura está condicionada contra el elogio y hay una presión fuerte para ser modesto en la expresión de realizaciones o autoimagen. Por esto el elogio directo puede resultar inconfortable para un niño, puede además estar en conflicto con opiniones anteriores, si se le dice que es valiente antes de haberlo puesto a prueba y si se le ha descrito de cobarde en la escuela, 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 bien".

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 éste pueda deducir de ellos características positivas de su compromiso y capacidad de adaptación.⁸⁸

4.4.1 Ser claro y sistemático.

El cirujano dentista debe asegurarse que la felicitación se vincule de manera directa con una conducta apropiada.

- Se debe asegurar que el paciente infantil de seis años entienda la acción o mérito específico por el que lo felicita. En lugar de decir "eres muy buen niño", especificar "te portaste muy bien y seguiste muy bien mis instrucciones".

⁸⁷ MacDonald. Ib. p. 45

⁸⁸ Escobar. Op. cit. p. 41

4.4.2 Reconocer los logros genuinos.

Reconocer la obtención de una conducta específica solicitada por parte del odontopediatra.

- No reforzar a los pacientes que no cooperan por el hecho de estar callados o no moverse.
- Vincular el elogio al hecho de que los niños mejoran su comportamiento o al valor de sus logros al comportarse lo mejor posible. Diga: "He notado que realizaste todas las indicaciones que te di."

4.4.3 Establecer normas para el elogio en base a las habilidades y limitaciones individuales.

- Exaltar el progreso o los logros en relación con los esfuerzos anteriores del paciente infantil de seis años.
- Dirigir la atención del niño a su propio progreso y no a la comparación con otros, ya que este aspecto podría influir disminuyendo su autoestima.

4.4.4 Atribuir el logro del paciente a su esfuerzo y capacidad, de modo que obtenga confianza en volver a lograrlo.

- No dar entender que el logro puede deberse a la suerte, la ayuda adicional o a la facilidad de la indicación.
- Pedir al paciente infantil de seis años, que explique sus molestias, y explicar que las superará nuevamente.⁶⁹

⁶⁹ Woolfolk. Op. cit. p. 217

4.4.5 Ejemplos de elogio

¡Lo estás haciendo de maravilla!

¡Así se hace!

¡Bien hecho!

¡Me gusta como pones atención!

¡Ya casi lo logras!

¡Tú puedes lograrlo!

¡Perfecto!

¡Eso está muy bien!

¡Estás mejorando!

¡Buen trabajo!

¡Estupendo!

¡Sensacional!

¡Mucho mejor!⁹⁰

⁹⁰ Zolten, Kristin, et.al. "La autoestima en niños". Departamento de pediatría.
www.bebesecr.com/infantes/infan0050c.shtml

5. Técnicas de comunicación para modificar la conducta

La mayoría de las técnicas se basan en la teoría del aprendizaje: los niños de seis años son perceptivos, aprenden y vuelven a aprender con facilidad. Los objetivos son crear confianza y lograr aceptación positiva del tratamiento dental.¹

5.1 Modificación de comportamiento

Es una técnica basada en los principios de aprendizaje social. Por definición es aquel procedimiento que produce un desarrollo muy lento del comportamiento reforzando aproximaciones sucesivas a la conducta deseada hasta conseguirla. Los que defienden esta teoría sostiene que la mayor parte del comportamiento es aprendido, y que el proceso de aprendizaje se basa en la relación entre un estímulo y una respuesta. Por ello también se denomina teoría del estímulo-respuesta (teoría E-R).

Al efectuar la inducción del comportamiento, el odontólogo o el ayudante enseñan al niño la forma de comportarse.

A continuación se muestra un esquema para realizar la inducción del comportamiento:

Explicar al niño cuál es la tarea o el objetivo general a cumplir.

Explicarle la necesidad de realizar el procedimiento. Un niño que comprende el motivo de lo que se hace, es mucho más probable que colabore.

Dividir las explicaciones del procedimiento, de tres en tres, ya que éste es el número de oraciones que comprende el niño de seis años.

Dar explicaciones para el niño, lo cual incluye la utilización de eufemismos.

Utilizar aproximaciones sucesivas, Addeleston elaboró una técnica que incluía varios tipos de conceptos de la teoría del aprendizaje, a la que denominó teoría de la explicación-ejemplo-realización (EER[tell-show-do]). Es el fundamento de la modificación del comportamiento. La técnica de EER

¹ Koch, Ib. p. 47

consiste en una serie de aproximaciones sucesivas. Los odontólogos, los ayudantes y los higienistas muestran al niño diversos aparatos antes de utilizarlos, explicándole como funcionan y trabajando con ellos.

Reforzar el comportamiento del modo más adecuado. Hay que ser lo más específico posible, puesto que los refuerzos específicos son más efectivos que un enfoque general. Las investigaciones clínicas de Weinstein et al apoyan esta actitud. Al estudiar las respuestas de los odontólogos al comportamiento de los niños, comprobaron que los refuerzos inmediatos y específicos se asociaban a una disminución del miedo infantil,

No tener en cuenta los comportamientos inapropiados poco importantes, ya que tienden a desaparecer si no se les da importancia.

La técnica de modificación de comportamiento se considera como un modelo de aprendizaje. En este tipo de modelos, una regla general es la siguiente: *los modelos de aprendizaje más eficientes son aquellos que siguen con mayor precisión el modelo de la teoría del aprendizaje.*²

5.2 Desensibilización

La desensibilización es una técnica que implica comúnmente enseñar al paciente pediátrico cómo 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 manera gradual o por jerarquía, de manera que las primeras provocan sólo mínima ansiedad.³

Gradualmente se van incrementando situaciones con mayor potencial de stress, sin embargo, la ansiedad es minimizada por el uso de la relajación. Wolpe, ha sugerido que la desensibilización sistemática es efectiva debido a que el paciente aprende a sustituir una respuesta emocional apropiada o adaptativa -la relajación-, en lugar de una respuesta inapropiada como la ansiedad.

² Ib. p. 46

³ Ripa, Louis W. Manejo de la conducta odontológica de niño, Editorial Mundi. Buenos Aires, 1984. p. 64

El uso de la técnica de sensibilización sistemática con relajación muscular profunda y la presentación de situaciones imaginarias provocadoras de ansiedad requiere de 15 a 25 sesiones de terapia para entrenar al paciente pediátrico apropiadamente en la relajación muscular y reducir la ansiedad, por lo que estaría limitada sólo a los pacientes más ansiosos, quienes podrían inicialmente ser tratados por un terapeuta de la conducta, y subsecuentemente recibir tratamiento odontológico junto con la relajación.⁴

La desensibilización es una técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. En odontología, se usa frecuentemente, comenzando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes dejando los más difíciles para más adelante. Es así como primero se mostrarán o presentarán los instrumentos que producen menos ansiedad (espejo, copas de goma, etc.) y gradualmente se van introduciendo los que pueden generar más ansiedad (explorador, pinzas, turbina, etc.). De manera similar se deben realizar primero los procedimientos que genera un índice muy bajo de ansiedad, para posteriormente realizar procedimientos más complejos que podrían producir mayor ansiedad. A continuación se muestra una secuencia lógica de procedimientos de acuerdo a ésta técnica:

Primera cita: Introducción al consultorio (personal y equipo), examen clínico, profilaxis, aplicación de flúor, toma de radiografías.

Segunda cita: Aplicación de selladores, preparación para la anestesia local.

Tercera cita: Anestesia, operatoria, preparación para la endodoncia (en caso que requiera éste último tratamiento).

Cuarta cita: Anestesia, endodoncia, preparación para cirugía o extracción.

Quinta cita: Anestesia, extracción.

Esta secuencia sugerida puede alterarse dependiendo de la ansiedad del niño y de sus necesidades de tratamiento.⁵

⁴ Ripa.lb. p. 64

⁵ Sughe. Op. cit. p. 30

5.3 Modelamiento

Se denomina modelamiento o modelaje al cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar.

El modelo puede estar presente (vivo) o filmado (simbólico o vicarioso). Para que el modelamiento se lleve a cabo, existen ciertas condiciones:⁶

El observador debe estar alerta.

El modelo debe mostrar una correcta conducta.

Debe haber consecuencias positivas del observador asociadas a la conducta del modelo.

En la situación odontológica resulta beneficioso, el permitir la entrada del niño, cuando se están atendiendo a hermanos o a niños que presentan conductas colaboradoras. Cuando el niño observador de seis años, pase al sillón, manifestará una conducta parecida a la observada por el modelo.

El modelamiento en la situación odontológica es raramente utilizado para la adquisición de nuevas conductas, ya que la mayoría de las destrezas requeridas para el tratamiento odontológico, ya las poseen los pacientes de seis años (al abrir y cerrar la boca, permanecer tranquilo, etc). Sin embargo, es efectivo para facilitar estas conductas y para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño, pasa a ser conocido por la experiencia de otros.⁷

5.4 Reforzamiento positivo

Se sabe que el ser humano se oriente hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Los reforzadores pueden ser

⁶ Ripa, Op. cit. p. 68

⁷ Sogbe, Op.cit. p. 32

materiales o tangibles (juguetes, regalos), reforzadores sociales, que pueden ser verbales (elogios, felicitaciones, etc.) y refuerzos de actividad (participación en una actividad agradable, como ver una película, jugar, etc.

Los principales beneficios del reforzamiento positivo durante el tratamiento odontológico se derivan del uso de reforzadores sociales. Para encontrar los refuerzos apropiados para cada niño en particular, es conveniente revisar la historia psico-conductual, donde se señalan los gustos preferidos del niño, o utilizar cuestionarios de refuerzos que consisten en una lista de gran variedad de estímulos que le pueden agradar al niño incluyendo alimentos, juegos, deportes y actividades sociales.

Para aplicar el refuerzo positivo, se debe:

- a) especificar el comportamiento que se espera del niño
- b) Aplicar inmediatamente el refuerzo positivo una vez que se ha producido la conducta adecuada.

La técnica de refuerzo positivo es la más común para motivar a los niños a aprender. La universalidad y practicabilidad de esta técnica la convierten en una herramienta obligatoria en odontopediatría.⁸

Enseguida se ejemplifica una conversación durante la primera cita, tan importante para el niño:

- "Hola Adriana, yo soy la Dra. Sogbe, y ella es mi ayudante, Caty. Nosotras queremos ser tus amigas, y ayudarte a tener una boca sana".

"¿Es verdad que te gusta pintar? Qué bueno, porque aquí necesitamos dibujos bonitos. ¿Qué es lo más te gusta pintar, podrías traer uno de tus dibujos para la próxima vez que nos veamos? También sé que te gusta mucho tu escuela, y que vas a estar en primer grado muy pronto. ¿Qué letras ya te sabes?"

- "¿Sabes qué hacemos los odontólogos?... Cuidar los dientes de las personas. Ayudamos a que nunca se enfermen, y si se enferma alguno de sus dientes, lo curamos".

- "Como es tu primera visita al odontólogo, voy a enseñarte todo lo que hay en el consultorio. Si deseas preguntarme algo, por favor, hazlo porque yo te lo responderé con mucho gusto. Aquí hay cosas interesantes que quiero

⁸ Sogbe. Op.cit. p. 32

mostrarte. Este sillón especial que ves aquí, puede moverse y cambiar de posición como si estuvieras en un sube y baja.

- "Esto que ves aquí es el repartidor de agua y sirve para que llenes el vasito que está aquí, te enjuagues, igual que cuando lo haces en tu casa cuando te cepillas los dientes. Ahora veamos cómo se utiliza. Lo estás haciendo muy bien.

- "Ahora voy a enseñarte cómo funciona esta especie de pistolita de agua y de aire que ves aquí. Al apretar este botón, sale agua. Vamos a poner un poco de agua en el vaso. Ahora haremos lo mismo con el aire.

- "Quiero enseñarte mis guantes. Los uso para que mis manos estén más suaves. Siempre que vengas, los tendré puestos. También esta mascarita que ves. Mira cómo me la pongo; también la uso siempre para evitar que cuando me acerque a ti, te respire demasiado cerca".

- "Hoy vamos a ver tus dientes". Para eso tengo un espejo pequeño. Puedes tocarlo, y verte también en él. Para ver mejor, uso una luz que se prende y apaga al utilizar este botón. ¿Puedes prenderla por favor? Gracias".

- "Ahora quiero que abras tu boca, así como yo... para poder ver bien tus dientes. Adriana un poco más... así está perfecto, ahora te daré un espejo para que tú también puedas verlos".

- "Tienes unos dientes muy lindos y limpios. Te felicito por eso".

- "Sabes cuántos dientes tienes? Vamos a averiguarlo. Para eso debo usar un instrumento (explorador), que es un contador de dientes. Primero contaré tus dedos. Ahora contaré tus dientes".

- "Ahora voy a tomar unas fotografías de tus dientes, con esta cámara especial que ves aquí. ¿Alguna vez te has tomado fotos? Me imagino que habrás quedado muy bonita. Igual, cuando yo tome la foto, quiero que tus dientes salgan bien, por lo que no debes moverte hasta que termine. La cámara va a estar muy cerca, puedes tocarla muy suavemente sin moverla. Este pedacito de cartulina va a estar un momento dentro de tu boca, a veces es un poco incómodo mantenerla dentro, pero tomaré la foto lo más rápido que pueda. Ahora sí vamos a tomarla. Contaré hasta tres, y termino, uno, dos y tres... Muy bien Adriana, te felicito".

- "Bueno Adriana, eso es todo por hoy. Quiero felicitarte por tu colaboración, lo hiciste excelente. Te ganaste esta calcomanía, y un abrazo muy fuerte. La próxima vez aprenderás más cosas, y espero que te comportes como lo hiciste hoy".⁹

⁹ Sugbe. Ib. p. 29

Conclusiones

Con la utilización de técnicas de comunicación es posible controlar el miedo que pueden llegar a sentir los pacientes infantiles de seis años de edad, así como reducir la aparición de problemas de comportamiento y obtener su cooperación para lograr óptimos resultados en su tratamiento dental. Las estrategias que se utilizan permiten una evidente mejoría en el trato con estos niños, por lo que resulta importante una adecuada preparación y capacidad de comunicación por parte del equipo odontológico.

La atención en niños es un desafío interminable para el odontólogo, ya que cada uno y cada situación son únicas. Es importante comprender que a pesar de la existencia de leyes básicas de crecimiento y desarrollo, que explican las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias individuales notables de los diferentes resultados de la interacción de cada individuo con su entorno externo, interno y social.

Bibliografía

1. A.D.A.M. Enciclopedia médica. "Desarrollo de los niños en edad escolar". 2003. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002017.htm
2. American Academy of pediatric Dentistry. Reference Manual. Pediatric dental. Vol. 18 November. 1996.
3. Barbería, Leache Elena, et. al. Odontopediatría. 2a.ed. Edit. Masson. Barcelona, España. 2001.
4. Blake, Reed. Una taxonomía de conceptos de comunicación. Edit. Nuevomar. México.1975.
5. Chambers, D.W. Managing the anxieties of young dental patients. Journal Dental child. Vol.42. March-April.1975.
6. Díaz, Bordenave Juan. Planificación y comunicación. Edit. Don Bosco. Quito. 1978.
7. Enciclopedia Autodidáctica Quillet. Gramática española. Tomo I. Edit. Cumbre. México. 1978.
8. Escobar, Fernando. Odontología pediátrica. 2a. ed. Edit. Universitaria. Chile. 1990.
9. Fasson, A. Psychological evaluation of the child. Conscious sedation in pediatric dental practice reference manual. Vol. 9 March. 1998.
10. Gessell, Arnold, et.al. El niño de 5 y 6 años de edad. 4a. ed. Edit. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1975.

11. González, Rodríguez Catalina. "La actividad motriz en el niño y la niña de 5 y 6 años". www.efdeportes.com/ Revista Digital Buenos Aires. Año8. No. 4 Junio 2002.

12. Guajardo, Horacio. Teoría de la comunicación social. Edit. Gernika. México. 1996.

13. Kendrick, Frank, DMD, MS. Practical tips managing children's behavior. Journal of Dentistry for children. July-August. 1999.

14. Koch, Göron, et.al. Odontopediatría, enfoque clínico. 1a.ed. Edit. Médica. Buenos Aires. 1994.

15. MacDonald, R.E. Odontología para el niño y el adolescente. Buenos Aires. 5a.ed. Edit. Mundi. 1995.

16. Maldonado, William Héctor. Manual de comunicación oral. 2a. ed. Edit. Alhambra. México. 1997.

17. Pinkham, J.R. Odontología pediátrica. 1a. ed. McGraw Hill. México. 1991.

18. Ripa, Louis W. Manejo de la conducta odontológica del niño. Edit. Mundi. Buenos Aires. 1981.

19. Sogbe, de Agell Rosemary, et.al. Conceptos básicos en odontología pediátrica. 1a. ed. Edit. Desinlimed. Venezuela. 1996.

20. Stromen, Ellen A., et. al. Psicología del desarrollo, edad escolar. Manual Moderno. México. 1987

21. Varela, Morales Margarita, et.al. Problemas bucodentales en pediatría. 1a. ed. Edit. Ergon. Madrid, España. 1999.

22. Wallon, Henry. Psicología y educación del niño. 1a.ed. Edit. Visor. Madrid, España. 1987.

23. Williams, Raymond. Historia de la comunicación. Edit. Bosch. 1992.
Woolfolk, Anita E. Psicología educativa. 7a.ed. Edit. Pearson Educación. Edo. de México. 1999.

24. Wright, G.Z., Starkey P.E., Gardner, D.E. Managing children's behavior in the dental office. San Luis. Edit. Mosby Company. Vol. 14. 1983.

25. Zolten, Kristin, et.al. "La autoestima en niños". Departamento de pediatría. Universidad de Kansas. www.bebescr.com/infantes/inf0050c.shtml