



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL NIÑO
EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

BEATRIZ HUERTA LÓPEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: MTRA. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



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 permitirme la vida en este mundo, en este espacio y justo en este tiempo, por darme a unos padres maravillosos, por poner en mi camino a un hombre tan especial como lo es mi esposo, por darme una familia tan grande, y tan bonita. Por los obstáculos que ha colocado en mi camino, y por la salud, la fortaleza y el razonamiento y la fé que me ha dado para derribarlos y poder estar ahora aquí, con ganas de seguir adelante.

A MI ESPOSO

Gracias Toño: por todo el tiempo que hemos compartido juntos, por la alegría que das a mi vida, por tu amor, por la confianza y la comprensión que desde siempre he tenido de tu parte, porque nunca has dejado de apoyarme en ninguna decisión, porque hasta este momento has dado todo para que juntos luchemos y logremos nuestros propósitos. Te agradezco mi amor, por estar siempre a mi lado, por amarme, por ser tan especial conmigo, por ser tan responsable y tan amoroso.

Debemos siempre seguir adelante.

Te amo y eres mi vida.

A MIS PADRES

Por darme la vida, por hacer cada día de ésta el más feliz para mí, por estar siempre a mi lado, cuidándome, dándome todo su cariño, su dedicación, su apoyo incondicional y su vida. Gracias papá, gracias mamá, por sus consejos, por sus regaños, por su tolerancia, por todo el apoyo que desde siempre he recibido de ustedes no sólo para el término de este proyecto de mi vida, sino en todo lo que yo me he propuesto. Una vez más gracias por todo su amor, los adoro y los bendigo.

A MI UNIVERSIDAD

Por abrirme sus puertas, por ser mi casa de estudios para siempre, por todos los conocimientos que me brindó para poder ser una profesionista, por su identidad, por todos los momentos agradables de conocimiento y esparcimiento en sus instalaciones, por su gente.

Gracias.UNAM

Por mi raza, hablará el espíritu.

A MIS COMPAÑEROS.

Porque más que eso fueron mis amigos, porque juntos compartimos tristezas, presiones, angustias, desesperación, pero también buenos resultados, momentos felices e inolvidables, porque en verdad fuimos un grupo de amigos, que convivimos, que sufrimos, que nos divertimos que logramos nuestro objetivo. Nunca los olvidaré, y siempre los llevaré en mi corazón. Mayté, Lidia, Mireya, Paulina, Lupita, Isabel, Carmen, Ivonne, Chuy, Lili, Raciél, Moisés, Hiroshi, Obette. En particular a ti, Reyna, agradezco a Dios haberte conocido y quiero que sepas que eres muy especial para mí, te admiro por el valor que le das a la amistad. Gracias.

A TODOS MIS SOBRINOS.

Por la alegría que le dan a mi vida, porque es maravilloso ver como crecen y se desarrollan, porque quiero que vean en mí no sólo una tía, sino una amiga y un ejemplo de profesión, no sólo a seguir, sino a superar y por mucho.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. EL NIÑO. SU DESARROLLO PSICOLÓGICO Y COGNOSCITIVO DE ACUERDO CON DIFERENTES TEORÍAS.	9
1.1. El niño	9
1.2. Teoría tradicional del aprendizaje	11
1.3. Teoría del aprendizaje social	14
1.4. Teoría cognoscitiva	15
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS EN LAS DIFERENTES EDADES.	20
2.1. Primera Infancia	20
2.2. Edad preescolar	22
2.3. Edad escolar	24
2.4. Pubertad y adolescencia	26
3. REACCIONES EMOCIONALES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA.	27
3.1. Miedo	27
3.2. Ansiedad	27
4. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA INFANTIL DENTRO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.	30
4.1. Edad y desarrollo intelectual	30
4.2. Hora y duración de la consulta	31
4.3. Influencias externas	32
4.2.1. Ambiente odontológico	32
4.2.2. Actitud de la familia	33
4.2.3. Influencia escolar	33
4.2.4. Experiencias previas (médico – odontológicas)	33
4.2.5. Actitud y tipos de padres.	34

5. IMPORTANCIA DEL TRIÁNGULO DE LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA.	38
6. COMPORTAMIENTOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.	42
6.1. Cooperador	42
6.2. Con falta de capacidad para cooperar	44
7. CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.	47
7.1. Técnicas de comunicación	50
7.1.1. Lenguaje pediátrico o alterno	50
7.1.2. Decir, mostrar, hacer	53
7.1.3. Control de voz	54
7.1.4. Distracción y ludoterapia	55
7.2. Técnicas de modificación conductual	58
7.2.1. Refuerzo	59
7.2.2. Desensibilización	62
7.2.3. Imitación o modelado	64
7.3. Técnicas de enfoque físico	65
7.3.1. Bloques de mordida	67
7.3.2. Mano sobre boca	67
7.3.3. Control físico mediante dispositivos especiales	68
7.4. Utilización de fármacos para sedación consciente que coadyuvan en el control conductual del niño.	69
8. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.	83
9. CONCLUSIONES.	88

INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicológico del ser humano es un proceso mediante el cual se va moldeando el comportamiento del niño al interactuar el medio ambiente que le rodea y las tendencias heredadas genéticamente.

El cirujano dentista debe conocer sobre las formas de interacción específicas que puedan ayudarlo a conseguir una actitud positiva y colaboradora de los pacientes infantiles y adolescentes a los que atiende.

En el presente trabajo el comportamiento humano, se menciona desde varias perspectivas de la psicología; como la teoría del aprendizaje, del aprendizaje social y la cognoscitiva. Para comprender aún mejor estas corrientes es necesario identificar las características generales propias a la edad de los niños y los adolescentes que se atienden, ya que cada niño es único; mental, física y emocionalmente.

Es importante observar al niño desde su llegada al consultorio dental, identificar sus cualidades, su actitud, así como la de los padres o tutores, para saber a que se enfrentará el profesional y tomar las acciones necesarias para entablar una buena relación, tanto con el paciente, como con sus padres.

El comportamiento de los niños en el consultorio dental dependerá, además, de una serie de factores que también interactúan entre sí, como lo son las experiencias previas, el ambiente del servicio que se le ofrece, las influencias externas, y la actitud de sus padres.

Una vez identificada la situación, se debe tener en cuenta cuales son los objetivos de tratamiento del paciente y determinar la posibilidad de lograrlos mediante el manejo conductual del paciente pediátrico, lo cual exige un conocimiento del desarrollo emocional y social del niño, como de las técnicas de las cuales se puede auxiliar el odontólogo para lograr que el niño se sienta seguro y confiado durante su tratamiento.

La comunicación será siempre el primer objetivo para dirigir la conducta del niño, por lo que el dentista debe desarrollar habilidades verbales y paraverbales para ganarse al niño. De otra manera, se iniciará con la modificación de la conducta, cuya finalidad es evitar conductas negativas y cambiarlas gradualmente hacia una mejor dirección. En su defecto, se hará uso de aquellas técnicas de control físico que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar el tratamiento dental.

De lo contrario, y como último recurso, deben considerarse otras alternativas tales como la sedación consciente o la sedación profunda, procedimientos que no son usuales dentro de la odontología general, ya que frecuentemente las técnicas de control de conducta son menor manejadas y bien aceptadas.

Es importante tener presente que una vez que se logra la confianza y cooperación del paciente, se puede encaminar el tratamiento dental, no sólo a la rehabilitación, sino también a la educación y a la prevención de la salud bucodental del niño, de sus padres y familiares.

Se podrán aplicar diversas estrategias que promuevan actividades que gradualmente desarrollen hábitos encaminados a la educación para la salud bucodental eficaz y responsable por parte de cada paciente.

El odontólogo representa de tal manera, un papel muy importante al facilitar a sus pacientes el conocimiento y las técnicas para una toma de conciencia oportuna de los factores que condicionan a la salud bucodental.

A LA DRA, MA. ELENA NIETO CRUZ.

Un agradecimiento muy especial, por la dedicación, el tiempo, pero sobre todo por la amabilidad y el interés que mostró durante el desarrollo de esta tesina. Muchas gracias doctora, por su trabajo y dedicación. Mientras haya directoras y asesoras como usted, habrá estudiantes que como yo, se sientan verdaderamente interesados y motivados en desarrollar un buen trabajo.

A LA DRA. ROSINA PINEDA.

Por la atención y el apoyo que recibí de su parte para poder concluir esta tesina.

1. EL NIÑO. SU DESARROLLO PSICOLÓGICO Y COGNOSCITIVO DE ACUERDO CON DIFERENTES TEORÍAS.

1.1 El niño

Un niño es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas que influyen en su desarrollo. Estas influencias contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y del aprendizaje.¹

Una teoría es un conjunto de conceptos o afirmaciones relacionados lógicamente, los cuales buscan describir organizar y explicar el desarrollo y predecir qué tipos de conducta podrían ocurrir bajo ciertas condiciones. Las teorías organizan los datos, la información obtenida de la investigación, y son una rica fuente de hipótesis: explicaciones o predicciones tentativas que pueden ser probadas por una investigación posterior.²

Las teorías son dinámicas, cambian para incorporar nuevos hallazgos. En ocasiones la investigación apoya una hipótesis y la teoría en que se basa, otras veces, los científicos deben modificar sus teorías para dar cuenta de datos inesperados.

La forma en que los teóricos explican el desarrollo humano depende en parte de la forma en que contemplan tres temas básicos.

1) El peso relativo dado a la herencia y el ambiente.

Los teóricos han diferido en la importancia relativa que asignan a la naturaleza (los rasgos característicos innatos heredados de los padres biológicos) y a la crianza (las influencias ambientales antes y después del nacimiento, incluyendo influencias de la familia, los amigos, las escuelas, los vecindarios, la sociedad y la cultura. Si bien todavía existe una considerable disputa acerca de la

naturaleza y la crianza, muchos teóricos e investigadores contemporáneos están más interesados en encontrar formas que expliquen cómo operan en conjunto.

2) Si las personas son activas o pasivas en su propio desarrollo.

El modelo mecanicista de Locke dice que las personas son como máquinas que reaccionan a las informaciones ambientales, contempla el desarrollo como una respuesta pasiva y predecible a los estímulos.

El modelo organísmico de Rousseau considera a la gente como organismos activos y en crecimiento que ponen en movimiento su propio desarrollo. Es decir, considera que el desarrollo es iniciado internamente por un organismo activo, y que ocurre en una secuencia de etapas cualitativamente diferentes.

3) Si el desarrollo es continuo u ocurre en etapas.

Los teóricos mecanicistas consideran al desarrollo como continuo, igual que caminar o gatear por una rampa, dicen que el desarrollo siempre está regido por los mismos procesos, lo que permite la predicción de las conductas posteriores a partir de las primeras.

Los teóricos organísmicos enfatizan el cambio cualitativo. Consideran que el desarrollo ocurre en una serie de etapas distintas, como subir escaleras, en cada etapa la gente enfrenta diferentes tipos de problemas y desarrolla distintas clases de habilidades. Cada etapa se construye sobre la anterior y prepara el camino para la siguiente.

A pesar del creciente consenso sobre los temas básicos mencionados con anterioridad, muchos investigadores consideran el desarrollo desde diferentes perspectivas teóricas, cada una de las cuales enfatiza diferentes tipos de procesos del desarrollo.²

1.2 Teoría tradicional del aprendizaje

Los defensores de la perspectiva del aprendizaje se interesan en las conductas observables. Dichos teóricos sostienen que el desarrollo es el resultado del aprendizaje, un cambio duradero en la conducta, basado en la experiencia o adaptación al ambiente. Los teóricos del aprendizaje se ocupan por encontrar las leyes objetivas que gobiernan los cambios en el comportamiento observable y se aplican por igual a todos los grupos de edad, consideran que el desarrollo es continuo (no en etapas) y enfatizan el cambio cuantitativo. Los términos de estas teorías, se definen con precisión y pueden ser comprobadas en el laboratorio. Al enfatizar en las influencias ambientales ayudan a explicar las diferencias culturales de la conducta. Dos importantes teorías del aprendizaje son el conductismo y la teoría del aprendizaje social.

El conductismo es una teoría mecanicista que describe la conducta observada como una respuesta predecible a partir de la experiencia. Sostiene que los seres humanos de todas las edades aprenden acerca del mundo de la misma manera como lo hacen otros organismos reaccionando a las condiciones o aspectos del ambiente, que encuentran placenteros, dolorosos o amenazantes. Los conductistas buscan eventos que determinen si una conducta particular se repetirá o no. La investigación conductual se concentra en el aprendizaje asociativo, el cual forma un vínculo mental entre dos eventos. Dos tipos de aprendizaje asociativo son el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

El condicionamiento clásico lo descubrió casi accidentalmente Iván Pavlov (1849 – 1936), fisiólogo ruso, mientras estudiaba los procesos digestivos. Como los animales salivaban cuando se les ponía comida en la boca, Pavlov introdujo tubos en las glándulas salivales para medir cuanta saliva producían al recibir alimento. Sin embargo, observo que los perros salivaban antes de poner la comida en la boca. La simple vista de la

comida los hacía babear, incluso babeaban al oír los sonidos de los pasos del experimentador. Diseñó un experimento en el que hacía sonar una campana poco antes de traer la comida al cuarto, después de oírla varias veces, poco antes de ser alimentados, los animales comenzaban a salivar en cuanto escuchaban la campana. Se les había condicionado a salivar ante un nuevo estímulo: la campana, que normalmente no provocaba esta respuesta.³

El conductista estadounidense John B. Watson (1878 – 1958) aplicó la teoría de estímulo respuesta a los niños, afirmando que podría moldear a cualquier infante de la forma que decidiera. Watson enseñó a un bebé de 11 meses a temer a objetos blancos peludos. En este estudio, el bebé fue expuesto a un ruido intenso justo cuando estaba a punto de tocar una peluda rata blanca, el ruido lo asustó y comenzó a llorar. Watson reportó que después de repetir el apareamiento de la rata con el ruido intenso, el bebé gemía con miedo siempre que veía la rata. El estudio sugirió que un niño podía ser condicionado para temer a cosas a las que no temía antes. El condicionamiento clásico es una forma natural de aprendizaje que ocurre incluso sin intervención. Al aprender qué eventos van juntos, los niños pueden anticipar lo que va a suceder, y este conocimiento hace de su mundo un lugar más ordenado y predecible.

El condicionamiento operante se refiere a la conducta que invariablemente sigue a un evento o estímulo en particular: el parpadeo que se observa cuando un soplo de aire choca con el ojo. En el condicionamiento clásico transferimos esa reacción a otro estímulo, que en condiciones normales no lo causaría, salivar al oír una campana, parpadear ante un tono. El condicionamiento clásico es pasivo. Al inicio la conducta es provocada por el estímulo incondicionado. Pero la mayor parte de la conducta humana es voluntaria, sin que la desencadenen eventos externos.³

El condicionamiento operante es un aprendizaje en el que el individuo aprende de las consecuencias de operar en el ambiente: El bebé Terell reposa tranquilo en su cuna, cuando sonrío, su madre se acerca a la cuna y juega con él, más tarde su padre hace lo mismo, a medida que esta secuencia se repite, Terell aprende que su conducta (sonreír) puede producir una consecuencia deseable (atención cariñosa de sus padres). Una conducta que en principio era circunstancial, se ha convertido en una respuesta condicionada.

El psicólogo estadounidense B. F. Skinner (1904 – 1990), quien formuló el principio del condicionamiento operante trabajó principalmente con ratas y palomas, pero en 1938 sostenía que los mismos principios se aplican a seres humanos. Encontró que un organismo tenderá a repetir una respuesta que ha sido condicionada y a suprimir una que ha sido castigada.

El reforzamiento es una consecuencia de la conducta que incrementa la probabilidad de repetirla. El castigo se presenta como consecuencia de cierta conducta y disminuye la probabilidad de repetirla.

El reforzamiento puede ser positivo o negativo, el primero consiste en entregar una recompensa, sea comida, estrellas, puntos, elogios o jugar con un bebé, el segundo, consiste en retirar algo que al individuo no le gusta (evento aversivo), el reforzamiento negativo, en ocasiones se confunde con el castigo. Sin embargo, son diferentes. El castigo, suprime una conducta presentando un evento aversivo (como darle una zorra a un niño) o retirando un evento (como ver la televisión). El reforzamiento negativo alienta la repetición de una conducta eliminando un evento aversivo.

El reforzamiento es más efectivo cuando sigue de inmediato a una conducta. Si una respuesta deja de ser reforzada a la postre se extinguirá, es decir, regresará a su nivel original. La modificación de la conducta, o terapia conductual, es el uso del condicionamiento para cambiar gradualmente la conducta. Puede disminuir la frecuencia con que un niño hace rabietas, e incrementar conductas sustitutas aceptables.²

1.3 Teoría del aprendizaje social

El psicólogo estadounidense Albert Bandura (nacido en 1925) desarrolló muchos de los principios de la teoría del aprendizaje social. Mientras los teóricos del conductismo al ambiente, que actúa sobre la persona, como el principal evento del desarrollo, los teóricos del aprendizaje social o cognoscitivos sociales afirman que el impulso para el desarrollo viene de la persona.

La teoría clásica del aprendizaje social sostiene que la gente aprende la conducta social apropiada mediante la observación e imitación de modelos, este proceso se denomina modelamiento o aprendizaje por observación.

La imitación por modelos es el elemento más importante en la forma en que los niños aprenden el lenguaje, manejan la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden conductas apropiadas para el género. Sin embargo, el aprendizaje por observación incluso puede ocurrir si el niño no imita la conducta observada.

La conducta específica que la gente imita depende de lo que perciba como valioso para la cultura. El análisis conductual aplicado, es una combinación de condicionamientos y modelamientos que puede utilizarse para ayudar a eliminar conductas indeseables y alentar conductas socialmente deseables. La versión más reciente de Bandura del

aprendizaje social, se conoce como teoría cognoscitiva social, la evolución en el nombre, refleja el creciente énfasis que Bandura da a las respuestas cognoscitivas a las percepciones, las cuales considera centrales para el desarrollo. Los procesos cognoscitivos están en operación, mientras le gente observa modelos, aprende fragmentos en patrones complejos de conducta nueva. Mediante la retroalimentación de su conducta, los niños gradualmente forman estándares para juzgar sus propias acciones y son más selectivos al elegir modelos que ejemplifiquen esos estándares. También empiezan a desarrollar un sentido de autoeficacia o confianza en que poseen las características que necesitan para tener éxito.²

1.4 Teoría cognoscitiva

La perspectiva cognoscitiva se concentra en los procesos del pensamiento y en la conducta que refleja esos procesos. Engloba teorías de influencia mecanísmica y organísmica. Incluye la teoría de las etapas cognoscitivas de Piaget, el reciente enfoque de procesamiento de información y las teorías neopiagetanas, las cuales combinan elementos de ambas.²

Mucho de lo que se sabe acerca de cómo piensan los niños se debe al teórico suizo Jean Piaget (1896 – 1980). La teoría de Piaget, fue la precursora de la revolución cognoscitiva actual con su énfasis en los procesos mentales. Adoptó una perspectiva organísmica, consideraba que el desarrollo cognoscitivo era producto de los esfuerzos de los niños para entender y actuar en su mundo.

El método clínico de Piaget combinaba la observación con preguntas flexibles. Para averiguar cómo piensan los niños seguía respuestas con más preguntas. A partir de la observación de sus hijos y de otros niños, creó una teoría que le permitió comprender el desarrollo cognoscitivo.

Creía que el desarrollo cognoscitivo ocurre en cuatro etapas cualitativamente diferentes las cuales presentan patrones universales de desarrollo, en cada etapa la mente de un niño desarrolla una nueva manera de operar, desde la infancia hasta la adolescencia las operaciones mentales evolucionan del aprendizaje basado en la actividad sensorial y motora simple al pensamiento lógico abstracto.²

ETAPAS DEL DESARROLLO DE SEGÚN PIAGET

PERÍODO	ESTADIO	EDAD
<p><u>Etapa sensoriomotora</u></p> <p>La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos</p>	a. Estadio de los mecanismos reflejos innatos.	0 – 1 meses
	b. Estadio de las reacciones circulares primarias	1 - 4 meses
	c. Estadio de las reacciones circulares secundarias	4 - 8 meses
	d. Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos.	8 - 12 Meses
	e. Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación.	12 - 18 meses
	f. Estadio de las nuevas representaciones mentales.	18-24 meses
<p><u>Etapa preoperacional</u></p> <p>Es la etapa del pensamiento y del lenguaje. El niño gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del</p>	<p>a. Estadio preconceptual</p> <p>b. Estadio intuitivo</p>	<p>2-4 años</p> <p>4-7 años</p>

lenguaje hablado.		
<u>Etapa de las operaciones concretas</u>		
Los procesos o razonamientos se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño se convierte en un ser social, y aparecen esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de conceptos de causalidad, espacio, tiempo.		7-11 años
<u>Etapa de las operaciones formales</u>		
En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico, inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.		11-15 años

Fuente: Directa

El crecimiento cognoscitivo ocurre por medio de tres procesos interrelacionados: organización, adaptación y equilibración. La organización es la tendencia a crear estructuras cognoscitivas cada vez más complejas: sistemas de conocimiento o formas de pensamiento que incorporen imágenes cada vez más precisas de la realidad. La adaptación es un término piagetano para describir la forma en que los niños manejan nueva información a la luz de lo que ya saben, involucra dos pasos: 1) asimilación, tomar la nueva información e incorporarla en estructuras cognoscitivas ya existentes, y 2) acomodación, cambiar las estructuras cognoscitivas para incluir la información.

El equilibrio es un esfuerzo constante por alcanzar un balance estable, rige el paso de la asimilación a la acomodación. Cuando los niños no pueden manejar nuevas experiencias dentro de sus estructuras

cognoscitivas existentes, y por ende experimentan desequilibrio, organizan nuevos patrones mentales que integran la nueva experiencia, restableciendo así un estado más confortable de equilibrio.²

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS SEGÚN LAS DIFERENTES EDADES.

Los niños crecen en tres áreas; física, mental y emocional. En todos los niveles de edad la conducta depende de la interacción de esas tres dimensiones de crecimiento. Los odontólogos, como servidores públicos que atienden a niños y adolescentes deben familiarizarse con una serie de métodos prácticos que puedan aplicar, basados en un conocimiento de los principios psicológicos y de los aspectos del crecimiento y el desarrollo. El adagio que dice que “los niños no son adultos pequeñitos” respalda la idea de un conocimiento y un comportamiento especial que son importantes en la atención de los pacientes odontológicos más jóvenes.⁴

Es muy importante que las sesiones odontológicas con éstos pacientes sean agradables, ya que esas experiencias tienen un efecto considerable sobre la actitud en etapas posteriores de la vida. Los niños están en la fase del desarrollo del lenguaje, el intelecto, la capacidad motriz y la personalidad. El ritmo de desarrollo de cada una de estas facetas es muy variable. Para poder prestar una atención odontológica de calidad a los niños es necesario tener algunos conocimientos básicos sobre el desarrollo infantil.⁵

2.1 Primera Infancia

Está establecido que la actividad psíquica de la persona inicia en su gestación. El período o etapa oral se inician en el nacimiento y se extienden hasta los dos años y medio. En esta etapa la boca y la zona peribucal son el centro más activo de sensibilidad. El niño satisface por la boca sus necesidades de alimentación y afecto, de modo que es normal que lleve los objetos a esa zona. “El mundo le entra a través de la boca”, depende de su madre para su cuidado y protección.

Se debe tener en cuenta que el medio odontológico puede resultar amenazante y extraño para el niño, por lo que la reacción normal es la resistencia. Aún no tienen coordinación para obtener órdenes, y dada su gran dependencia con sus padres, la asistencia debe brindarse en brazos de ellos.



Fuente: Directa

El odontólogo debe cuidar de no romper esos lazos emocionales y, antes bien, aprovecharlos para acercarse a su pequeño paciente. Debe proceder en forma positiva si bien cariñosa y comprensiva, sin preocuparse por la resistencia o el llanto que se presenten en algunos pacientes y que son normales a esa edad.⁴

Generalmente a la edad de un año, aumentan las capacidades motoras, el niño aprende a andar, se sienta, y se levanta sólo. Coge objetos y los deja caer deliberadamente. Da palmadas y señales de despedida, colabora al vestirlo, usa un lenguaje simbólico, balbucea una o dos palabras. Empieza a mostrar signos de independencia. Se resiste a cumplir órdenes. Observación de modelos (padre, madre, maestros), no le gusta esperar, a menudo aparecen rabietas y negativismo, “No” es la palabra favorita del niño. Cercanos a los dieciocho meses, inicia el control de los esfínteres, usa unas 15 – 20 palabras, aunque generalmente

puede entender más de las que puede decir. Pide cosas señalando e imita actividades que ha observado de otras personas.

A los dos años aumenta el desarrollo motor, sube escaleras con apoyo, corre, salta, se sienta sólo en una silla, hace garabatos, su vocabulario alcanza unas 50 palabras, construye frases de 2 palabras, puede esperar períodos cortos, algunas veces le gusta complacer a otros, realiza dos órdenes sencillas, predominan en él los juegos solitarios.

Las sugerencias de actuación para estos niños son: realizar el tratamiento lo más pronto posible, realizar las técnicas más simples posibles, pues la comunicación es difícil. ⁶

2.2 Período preescolar

En esta etapa el niño se empieza a comunicar y a razonar, le gusta tanto dar como quitar, quiere crecer, y a la vez, seguir siendo niño, le gusta hacer amigos, se muestra susceptible al elogio, es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. De repente puede mostrar descoordinación en todos los aspectos: en el tartamudeo, morderse las uñas, succión del pulgar.



Fuente: Directa

A los cuatro años, puede perder la capacidad del control en todos los aspectos de la conducta, pega, pateo, y rompe cosas en actitudes de ira, es capaz de usar un lenguaje ofensivo y chocante. Es un gran conversador y posee gran imaginación. Muestra una independencia

suficiente para admitir la separación de los padres relativamente sin traumas, le gusta discutir, le interesan los detalles, quiere que se le muestren las cosas, disfruta de los aspectos tridimensionales.

La mayoría de los niños de cinco años, ya tienen un asentamiento del habla, es el inicio de la fase social, se considera una buena edad de cara a las visitas dentales, el niño se muestra confiado, estable, equilibrado, no es demasiado exigente.

A los seis años, tienen un lenguaje definitivamente fijado, predominan en él las rabietas violentas y de constante tensión, no aceptan bien las críticas el regaño o el castigo, necesita tener razón y ganar, además requiere de elogios. Se muestra como un cobarde agresivo, presenta temores exagerados a las lesiones en el cuerpo.⁶

Durante esta etapa, la mutua acción entre el niño y los padres influye intensamente en su personalidad y en su patrón de conducta en los años siguientes. Los patrones de conducta en el hogar y en el consultorio odontológico se caracterizan por amplias variaciones y la imposibilidad de predecirlas. Este período cronológico es el que presenta mayores problemas para el manejo de la conducta, en la consulta se relacionan bien con el ambiente, pero si se les exige demasiado pueden reaccionar con arranques de resistencia o sensibilidad.

El niño de cuatro años es exagerado y charlatán, el de cinco es reservado más equilibrado y dueño de sí, y el de seis es contradictorio; su respuesta inicial es "no", pero con tacto y sutileza se puede revertir la situación. No se les debe presionar ni ordenar, porque se descompensan emocionalmente, se debe sugerir y no poner límites.

Los niños de este grupo, tocan, manipulan y exploran todo (lo que exige tener especial cuidado con la asepsia), acostumbran traer juguetes preferidos a la consulta, son muy perceptivos y necesitan elogios.⁴

2.3 Edad escolar

Después de los seis años, el niño puede distinguir entre procedimientos amenazantes y no. Tiene la capacidad para aceptar al odontólogo como autoridad y se tiene la posibilidad de tener su cooperación, aún sin su gusto y sin forzarlo. Puede permanecer en la misma posición por períodos más prolongados, ante situaciones difíciles se retrae.

A los siete años el niño ha aprendido mucho, y su mundo se ha ampliado considerablemente, es una edad de asimilación, es reflexivo, buen oyente, introvertido, susceptible al elogio y sensible a la desaprobación, necesita mucho apoyo del ambiente, en la consulta prefiere estar solo con el odontólogo.



Fuente: Directa

La edad de 8 años es un período en expansión, en ella, el niño es menos reflexivo que a los siete y comprende mejor a los demás, no le gustan las órdenes, prefiere sugerencias; es muy sensible a las críticas y se ofende con facilidad. En el consultorio enfrenta directamente las experiencias temidas hasta perder el miedo, para superarlo asusta a niños más pequeños. Puede soportar molestias que se le han anticipado, necesita apoyo en forma de elogios.

El niño de nueve años tiene mayor dominio de sí mismo y es más autosuficiente, lo que modifica sus relaciones en: la escuela, con los amigos los familiares, etc. Tiene automotivación, no necesita tanto apoyo del adulto para aplicarse a sus actividades, es bien organizado y da la impresión de ser sólido y serio, sin embargo, es quejumbroso, y a veces, tímido. Acude sólo a la consulta, puede esperar si es necesario, le agrada el elogio oportuno, no se debe mostrar tanta autoridad.

El niño de diez años está en equilibrio consigo mismo y con el ambiente, se percata fácilmente de lo bueno y lo malo, se interesa por los problemas sociales, le encantan las comidas fuera de horario, puede tener arranques de ira o arrebatos de felicidad, pero pronto recupera el equilibrio, tiene franca resistencia al baño y aseo bucal diario. El odontólogo debe ser comprensivo y permitir al niño responsabilizarse de su conducta.⁴

Sin embargo, el de once años, es negativo, contradictorio y curioso, su rebeldía no es más que una necesidad de reafirmar su personalidad, pasa el día en el vagabundeo, fastidia, insulta, incita breves peleas y hace farsa de hostilidad y reconciliación alternando con calurosa amistad.

El de doce años, es más razonable, controlado y actúa en grupo, es realista, tolerante y humorista, sensible a los sentimientos de los demás, se preocupa por su higiene bucal. En el consultorio, éste es un excelente paciente, ya no es un niño, ni debe ser tratado como tal. Es responsable, al final de este período el cuidado personal vuelve a tener importancia, se debe entonces reforzar la motivación sobre el cuidado de la salud bucal.⁴

2.4 Pubertad y adolescencia

En esta etapa aparece una gran búsqueda de la identidad, así como una necesidad de expresar la propia individualidad, rechazan la autoridad de los padres, presentan un temor especial a ser etiquetados extreman el amor y el odio.⁶



Fuente: Directa.

Si bien los adolescentes no presentan por lo general problemas en la consulta, salvo los que tuvieron malas experiencias, no siempre es fácil su atención global, fundamentalmente en el cumplimiento de las medidas de autocuidado. Respetando las características generales del adolescente, y sus variables biológicas y emocionales, es claro, que su atención le compete al odontopediatra, máxime si ha sido su paciente desde niño. La empatía que se establece en la consulta entre estos pacientes y el odontólogo debe ser el incentivo que asegure un comportamiento adecuado para la estabilidad de su salud bucal.⁴

3. REACCIONES EMOCIONALES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA

3.1 Miedo

El miedo es un temor ante algo específico, concreto, evidente, proporcionado y comprensible, que surge de un objeto extraño aceptado como perjudicial, el miedo tiene, por lo tanto, un fundamento real, y se puede expresar con palabras a qué se teme. Los miedos son normales en el curso del desarrollo, son inevitables y son elementos normales e indispensables para un proceso evolutivo adecuado.^{7, 8}

El miedo es una emoción que pone en juego un conjunto de reacciones esenciales para la supervivencia del niño (reacción de alarma), las situaciones y objetos que desencadenan estas reacciones de miedo se modifican con la edad y tienen que ver con el sentimiento de supervivencia en cada momento evolutivo en función de las capacidades que se han adquirido. Es un indicador del nivel de conciencia que se tiene del estado de desarrollo de uno mismo y de las consecuencias que derivan de ello, a la vez que es un indicador de la mejor comprensión del entorno y sus peligros.⁷

3.2 Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas como fantasías y expectativas no reales, es expresada a veces, como temor a lo desconocido, es difusa y no se relaciona con una amenaza específica, las proporciones de la realidad se pierden al igual que la capacidad para racionalizar la amenaza.⁹

Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que el miedo nunca se expresa sin un matiz de ansiedad. Es una reacción que

acontece ante situaciones menos específicas que el miedo. Se habla de ansiedad normal o útil cuando nos encontramos ante un nivel de ansiedad moderado que encaja dentro del conjunto de respuestas normales o adaptativas ante una situación extraña y nueva (por ejemplo; la consulta odontológica). Algunos autores señalan que cierta ansiedad es necesaria para la vida. Sin embargo, cuando las respuestas lejos de ser adaptativas se convierten, por su sobredimensión en exageradas y problemáticas, hablamos de ansiedad patológica o neurótica. Este tipo de ansiedad no guarda relación con el peligro que supuestamente la provoca, y continúa incluso después de que ha desaparecido el peligro.⁸

La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y, por ello, el niño tiene más tendencia a sufrir ansiedad, por lo tanto, cabe esperar que en el niño aparezca cierta ansiedad como reacción normal cuando una persona a la cual no conoce y en un ambiente extraño le está examinando la cavidad oral y, que esto puede producir un problema de interacción en la consulta. En cualquier situación, el profesional debe saber educar y ayudar a sus pacientes para ajustar la ansiedad al nivel apropiado de cada situación. La manera en que el niño aprenda a manejar la ansiedad en la consulta dental será decisiva de cara a su futura conducta a la hora de continuar buscando o evitando el tratamiento dental.⁶

Son tres los factores que determinan cómo reaccionará el niño ante el miedo y la ansiedad:

- 1) El grado de temor, que depende de la forma en que el niño percibe la situación, se vincula con la experiencia propia del niño y con el ambiente.
- 2) La capacidad de enfrentar el miedo y se relaciona con la madurez y su personalidad.
- 3) La motivación para enfrentar el miedo y se vincula con las demandas del ambiente, las prácticas de crianza y las impuestas por la visita al dentista.

El niño, también manifestará con diferentes actitudes sus expresiones propias del miedo y la ansiedad, lo hará de acuerdo a su madurez, a su personalidad, a la experiencia con otras situaciones atemorizantes y a las demandas de los padres y del odontólogo, comúnmente llorará, tratará de huir o de evadirnos, se portará agresivo, apático, manifestará dolor de estómago o vomitará.⁹

4. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA INFANTIL DENTRO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

4.1 Edad y coeficiente intelectual

No existen muchos estudios que correlacionen el coeficiente intelectual con la ansiedad y la conducta en el ámbito dental. Parece que los niños con menor coeficiente intelectual sienten mayor miedo hacia el profesional, aunque lo mismo puede suceder con niños con coeficiente intelectual muy alto.

Al parecer existe una relación entre edad, ansiedad y conducta en el ámbito dental. Niños más pequeños muestran mayores niveles de ansiedad y mayores niveles de conducta no apropiada que los de edades más avanzadas. La edad influye decisivamente en la conducta del niño ante una visita inicial, los pacientes de 3 y 4 años muestran una variedad de conductas, y las conductas inapropiadas así como la ansiedad disminuyen con la edad. La influencia social, la actitud de la familia y las experiencias previas son factores que van a influir en el nivel de ansiedad del niño a cualquier edad.

Los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que progresa el tratamiento. La exposición y el conocimiento de los instrumentos dentales y del profesional son muy importantes para que el niño se adapte. El uso de la crítica por parte del odontólogo, cuando se produce alguna reacción negativa en el niño a cualquier edad, es muy perjudicial. Profesionales que utilizan la crítica y el castigo obtienen muy poca colaboración por parte de los niños. Los preescolares, son muy sensibles a la crítica y ésta sólo puede utilizarse si se combina con el elogio cuando aparece algún rasgo positivo en la conducta.⁶

4.2 Hora y duración de la consulta

La cita dental más importante para el niño será aquella en la que se planee su tratamiento futuro. Para lograr un nivel óptimo de comunicación y comprensión, debe reservarse el tiempo necesario para presentar el plan de tratamiento al niño y los padres. Esto se logra mejor en la cita para el examen inicial.

El niño deberá ser informado privadamente acerca de su atención futura, dependiendo del nivel de su comprensión. Es muy útil explicarle brevemente los procedimientos planeados para la siguiente visita, esto ayudará a eliminar cualquier temor preconcebido que el niño pudiera tener, e iniciará la armonía imprescindible para ganar su confianza.

Es posible emplear alguna combinación del odontólogo y de su personal para presentar el plan secuencial del tratamiento tanto al niño como a los padres. La importancia de este tiempo constituye un factor esencial en la primera consulta. El tiempo empleado por el dentista con un padre al presentar el plan de tratamiento, es necesario no limitarlo, es extremadamente importante ya que se conseguirán beneficios mayores en las consultas subsecuentes.

Los planes de tratamiento deberán ordenarse de modo que la secuencia logre las condiciones de prioridad para el cuidado indicado y que acorte en forma razonable, los intervalos planeados para cada visita. Siempre que sea posible, los niños no deberán mantenerse en el sillón del dentista por períodos más largos de 30 a 40 minutos, ya que con estancias más largas, los niños dejan de cooperar.

La hora de cita para el niño es importante, en especial para pacientes muy pequeños. Para un niño con problema de conducta o un paciente muy pequeño, las citas por la mañana han probado tener más éxito.¹⁰

4.3 Influencias externas

4.3.1 Ambiente odontológico

El ambiente total creado para el niño en el consultorio del dentista, es una consideración extremadamente importante y debe dársele suficiente reflexión para lograr la atmósfera más placentera posible. La apariencia general del consultorio y la personal del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico, y al mismo tiempo cuidar los gustos y confort del paciente adulto.¹⁰

La primera visita de un niño puede generar una buena relación, para un niño, el ambiente odontológico contiene una gamma de eventos aversivos, tales como gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas atemorizantes. Las investigaciones al respecto, han comprobado, que los niños que se encuentran en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad. De allí la necesidad de atenuar los posibles elementos generadores de ansiedad de manera de convertir el ambiente odontológico en un ambiente agradable donde el niño se sienta seguro.

La sala de espera debe ser luminosa, alegre y cálida, en ella el niño debe sentirse relajado y contento. Al niño le agrada encontrar dentro del consultorio cuentos, crayones, libros para dibujar e iluminar, juguetes, etc. Una mesa con sillas pequeñas, resulta de buena ayuda, así como una pecera, una televisión o cualquier otro objeto o juego recreativo. Un ambiente musical tranquilizante puede ser de mucha ayuda para cubrir ruidos inevitables en el consultorio. Dentro del consultorio debe suavizarse la impresión clínica, manteniendo fuera de la vista del niño instrumentos, aparatos, jeringas. El utilizar accesorios como cuadros, adornos, carteles con dibujos infantiles, pueden ser de gran utilidad, al distraer la atención del niño con ellos.¹¹

4.3.2 Actitud de la familia

Algunos autores señalan la importancia de la transmisión de miedos y las actitudes de los padres y familiares a los niños, los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación. Los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados pueden presentar menos problemas.⁶

Los niños también son influenciados por los hermanos y otros familiares. Podría considerarse que las mismas actitudes referidas también las tienen los padres; pero además, aquellas que inocentemente ocurren entre hermanos, como inculcar miedo a experiencias que ya han vivido y en forma maliciosa las transmiten, muchas veces falseando la verdad de los hechos.¹²

4.3.3 Influencia Escolar

La influencia de esta variable puede ser positiva, sobre todo cuando la información llega correctamente y sin duda. Los maestros tienen un rol importante para orientar adecuadamente la información al niño y a sus padres, preparándoles para futuras experiencias. Sin embargo, puede ocurrir también que la información llega en forma equivocada, causando una imagen negativa del odontólogo y creando al mismo tiempo, un miedo subjetivo ante experiencias aún no vividas.¹²

4.3.4 Experiencias previas (médico – odontológicas)

Esta variable es tal vez la más difícil de corregir. El niño ha experimentado que determinado procedimiento es molesto, doloroso, o simplemente desagradable. En tal sentido, no se puede engañar al niño; se le debe decir que tal vez le va a molestar un poco. Cómo explicarle al niño, que una anestesia infiltrativa o troncular es agradable y que no le va a molestar, si ya antes lo experimentó; cómo no decirle que una aplicación

tópica con fluoruro es a veces de sabor desagradable si ya antes lo experimentó.

Lo más aconsejable es estar de acuerdo con lo que el niño refiere, que podría haber sido mal manejado y más bien, ofrecerle un mejor método, que de ser exitoso, nos llevaría a ganar su confianza.

Cuando el niño llega por primera vez al odontólogo, ya ha visitado anteriormente al médico-pediatra, que lo ha tratado de algunas enfermedades de la infancia y le ha aplicado sus vacunas, pudiendo el niño asociar las experiencias pasadas, con aquellas que, de haber sido positivas, servirían de apoyo al odontólogo; de lo contrario, serían un argumento para un mal comportamiento.¹²

Por otro lado, existen pocos estudios, que han evaluado la influencia que tiene la vestimenta del odontólogo y su personal de apoyo sobre la conducta del niño. Sin embargo, la vestimenta clásica de color blanco y de diseño hospitalario, identifica un personaje que en edades tempranas, ha causado algún malestar en el niño. El odontólogo debe usar una vestimenta atractiva pero sobria, sport pero seria, cómoda pero elegante, sin exageraciones.¹²

4.3.5 Actitud de los padres.

Todo hogar tiene sus propias reglas, a veces, no verbales, con patrones de comunicación, actitudes y tradiciones singulares que se imponen en forma continua al niño, quien aprende observando e imitando a las personas que lo rodean. Por eso no sorprende que las actitudes familiares, sobre todo las de la madre, tengan gran influencia sobre el comportamiento del niño.

La conducta del niño en el consultorio dental refleja la relación entre hijo/a y padres. Una buena relación se caracteriza por el equilibrio entre las

necesidades respectivas del niño y de sus padres. Las necesidades básicas de un niño como el afecto, la aprobación y la autoridad, constituyen elementos fundamentales para su crianza.⁹

Generalmente el niño no viene solo al consultorio, sino acompañado por sus padres, habitualmente, la mamá. Todo niño con problemas de conducta, no hace sino reflejar situaciones de su hogar. Es por tanto, nuestra responsabilidad, educar, no sólo al niño, sino a todo el medio familiar, con tantas variantes de niveles culturales, y cuantos miembros sean.¹³

Por lo anterior debemos identificar las diferentes actitudes de los padres de familia:



Fuente: Directa.

a) Sobreprotectores, las actitudes de ellos a menudo impiden el progreso natural del niño hacia su independencia, ya que regularmente quieren permanecer al lado de sus hijos en cualquier situación y a cualquier edad. Pueden recurrir al engaño para mejorar la actitud de sus hijos, desplazando al odontólogo en el dominio de la situación, lo que provoca desconfianza del niño hacia el profesional.

b) Padres manipuladores, en quienes el comportamiento se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes, como éstas pueden ser contrarias a las normas de atención en el consultorio, o a los intereses de la salud

bucal del niño, el profesional debe regular la situación y manejar a los padres, quienes comúnmente también son muy autoritarios con el niño. Llevan a sus hijos a la fuerza y generalmente bajo amenazas, evidentemente, aumentan la ansiedad y los temores que el niño pudiera tener.^{4, 14}

c) Negligentes. Ellos, por lo general no se preocupan directamente de la salud de sus hijos y, por consiguiente, tampoco de su salud bucal. En general, alteran e imposibilitan la introducción al tratamiento, o sea, la confección de una historia clínica al no poder hacer el interrogatorio correspondiente. Además distorsionan la actitud del profesional al no tener el apoyo adecuado. No sólo está alterada la salud bucal, sino que también existe una anormalidad en la conducta del niño.

Por lo general, son pacientes inseguros y que no quieren cooperar. Por otro lado, este tipo de padres no son advertidos inicialmente. Por lo general, se descubren porque no cumplen con las citas, faltan a las consultas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado en citas anteriores. Algunos padres pueden no apreciar los beneficios de la buena atención odontológica a pesar de que llevan a sus hijos, otros reconocen la importancia de la odontología, pero no son cuidadosos ó están muy ocupados con sus actividades cotidianas como para ocuparse de la salud odontológica con la debida atención. Estos padres, también son denominados despreocupados y con poca motivación.^{4, 14}

d) Padres hostiles. Algunos padres son abiertamente hostiles y se niegan a aceptar cualquier tipo de exigencia sobre sus hijos, cuestionan la necesidad del tratamiento y por ende aconsejarlos puede ser difícil y requiere mucho tacto.¹⁰

e) Padres cooperadores. Generalmente colaboran en la realización del plan de tratamiento en el consultorio dental, lo mismo que en el hogar, intentan acercar el niño al profesional como un amigo, dejan entrar sólo al niño al consultorio, si es necesario, permiten las explicaciones del odontólogo acerca de lo que va a hacer, no engañan ni sobornan al niño para traerlo al consultorio, no se inquietan si llora su niño; recuerdan que el llanto es una forma de reaccionar ante situaciones desconocidas, no le hablan al niño de su miedo ni lo amenazan con el tratamiento odontológico, respetan el temor del niño sin retarlo ni ridiculizarlo, no le hacen sentir que tiene compasión por él. ⁴

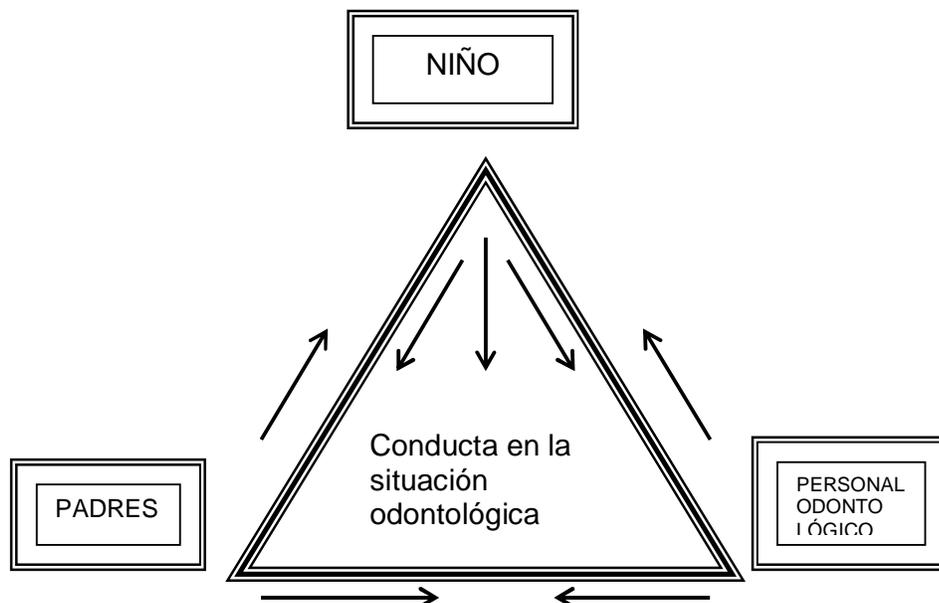
Ileana Vanesa Núñez Soto et al, en la clínica Reforma perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, realizaron un estudio en marzo del 2006, con el propósito de identificar la actitud de algunos padres de familia con respecto a la primera consulta dental de sus hijos. La investigación se realizó con la participación de 60 padres de familia, se hizo en dos fases, resultando así, de la primera etapa un estudio transversal en el que se diagnosticaron actitudes por medio de una encuesta, y de la segunda fase, un modelo de estudio experimental de intervención en el que hubo una plática persuasiva para los padres con información sobre la importancia de la atención dental en los niños, la primera consulta odontológica, y la forma en cómo ellos podían persuadir a sus hijos para disminuir el temor a la primera visita dental.

Los resultados indicaron que aún los padres que recibieron información persuasiva acerca de la importancia de la primera consulta dental de sus hijos, no modificaron su actitud, probablemente, esto se deba a la existencia de otros factores como experiencias previas, por lo que se requiere seguir investigando en este aspecto. Sin embargo, la información adquirida sobre la consulta odontológica puede influir en la imagen que se tiene de la práctica dental, beneficiando esto en el futuro de la salud bucal de los niños. ¹⁵

5. IMPORTANCIA DEL TRIÁNGULO DE LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA.

Casi desde el día de su nacimiento, la conducta de los niños es moldeada por los padres por medio del aliento y desaliento selectivo de conductas determinadas, y por medio de sus técnicas disciplinarias y por la libertad que permiten. En sus primeros años, por lo menos, los niños aprenden especialmente de los padres, lo que supuestamente deben o pueden hacer y las conductas prohibidas. Por lo tanto, los padres pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento odontopediátrico debido a que la odontología es simplemente otra faceta de la vida con la cual los pequeños deben enfrentarse. Aunque es responsabilidad del equipo odontológico modelar la conducta del niño en el consultorio odontológico, el apoyo y la comprensión de los padres son necesarios para el dentista. Mantener una buena comunicación con ellos, es prioritario.¹⁴

El comportamiento de los niños en el consultorio odontológico depende de una cantidad de factores que interactúan entre sí, como se muestra en el siguiente esquema.



Fuente: Directa

Dentro del esquema anterior, en lo que corresponde al niño, podemos mencionar que los factores que dependen de él y que van a influir en su conducta, son; su madurez, su experiencia y su personalidad.

Los niños pequeños, por ejemplo, los menores de 4 años, no pueden distinguir entre peligro imaginario y peligro real. A menudo reaccionan en forma primitiva, amedrentados por movimientos inesperados y súbitos. Por lo tanto, todo niño debe ser tratado de acuerdo con su nivel de madurez.

A medida que el niño adquiere experiencia, aumenta también la capacidad de dominar cosas y situaciones nuevas. La reacción instintiva será reemplazada en forma sucesiva por el conocimiento y las habilidades cognoscitivas. A parte de una mayor capacidad para evaluar y dominar el temor, el niño mentalmente maduro gana también el poder de concentrarse en un propósito definido, soportarlo, y automotivarse de acuerdo con las demandas del ambiente.

Cada niño tiene su propia personalidad, a pesar de que algunas características y rasgos pueden ser menos estables y más bien representar un estadio de desarrollo, para obtener información del niño, puede ser muy útil observar su temperamento, hábitos y conducta en general.

En lo que respecta a los padres, por lo general, se desarrolla una buena relación padres-dentista sin ningún esfuerzo especial. Sin embargo, a veces los padres necesitan asesoramiento e instrucción sobre la forma en que mejor pueden contribuir al buen tratamiento dental del niño.⁹

Un estudio realizado por Atzimba García et al. Incluyó a 120 padres de pacientes pediátricos en licenciatura y posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM en el año 2005, tuvo como objetivo identificar qué método de información acerca de las técnicas de manejo de conducta es la más efectiva para promover en los padres una mejor percepción y una menor ansiedad hacia el tratamiento odontopediátrico, así como establecer cuál es la técnica de manejo conductual que tiene mayor aceptación.

Se aplicaron cuestionarios a los padres de los niños con un rango de edad entre 2 y 8 años, fueron divididos al azar en 3 grupos; el grupo A, recibió información por escrito, el grupo B, se le mostró un video informativo, y al grupo C, se le dió una explicación oral con diapositivas acerca del manejo conductual infantil.

Se concluyó que el medio de información oral fue el que generó menor grado de ansiedad, comparado con el medio escrito y el audiovisual; la técnica decir- mostrar - hacer fue la que obtuvo la mayor aceptación y mejor percepción, seguido de la técnica de control de voz, restricción física, mano sobre boca y anestesia general sucesivamente. Así, se puede afirmar que la información que brinda el profesional a los padres de los pacientes debe ser efectiva para generar una buena percepción y disminución de la ansiedad paterna, con la finalidad de mejorar la atención que brinda en el consultorio dental, reduciendo factores que arriesgan el manejo conductual del paciente en el sillón dental.¹⁶

En cuanto al personal odontológico, éste debe estar preparado para ofrecer buen tratamiento basado en el conocimiento y en la habilidad personal. Los niños son muy sensibles al lenguaje corporal y a la comunicación no verbal. Un consultorio odontológico cuya atmósfera se caracteriza por la tranquilidad, la confianza y el profesionalismo, genera por lo común cooperación del niño y satisfacción en sus padres. El buen

profesionalismo se caracteriza por autoconocimiento, confianza y apreciación realista de sus propias habilidades y limitaciones; coraje para admitir fracasos y, de ser necesario, derivar al odontopediatra al niño que no se pueda manejar, debe tener además la capacidad para trabajar con eficiencia, para equilibrar las exigencias del niño con las necesidades del tratamiento. Muy importante es, tener comprensión y respeto por los niños, así como la capacidad para imaginar cómo experimentan ellos la situación odontológica.⁴

6. COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

La mayoría de los niños son capaces de superar satisfactoriamente la ansiedad y el tratamiento odontológico, manifestando patrones de comportamiento que son aceptables y permiten que el tratamiento dental se realice sin dificultades. Sin embargo, hay pacientes cuyo comportamiento altera el tratamiento y se les señala como problemas de comportamiento.¹²

Los pacientes infantiles tienen distintos modos de reaccionar frente al ambiente dental, basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular, Rud y Kisling (1973) crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño en el ámbito odontológico:

Grado 3. Aceptación positiva. Voluntad de conversar y realizar preguntas, demostrar interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos y móviles.

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

Grado 1. Aceptación con desgana. Falta de conversación, de respuesta, y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. El niño parpadea o frunce el ceño.

Grado 0. No aceptación. Protestas verbales o físicas y llanto.

6.1 Paciente Cooperador

Atender a estos niños, constituye una experiencia profesional muy agradable y gratificadora. En muchos casos, el odontólogo siente una empatía especial por el pequeño. Es divertido platicar con estos pacientes, hacerles preguntas, enterarse de que harán después de la consulta, o el fin de semana, conocer su programa de televisión favorito.

Conversar con ellos resulta entretenido, ya que por lo general estos niños son conversadores y no tímidos.

El niño que coopera reacciona convenientemente a los momentos críticos de la cita dental, es decir, reacciona lo mejor que le es posible, no sufre demasiado al separarse de sus padres, y aunque esto no significa que la separación no le afecte en lo emocional, sí demuestra que tiene entereza para soportarla. En la situación ideal, se nota deseo de comenzar, no muestra temor, y platica con libertad, se sienta sin demora en el sillón dental, el niño sabe que el tratamiento es inminente. El paciente bien adaptado, puede afrontar la situación odontológica de la mejor manera, responde a su nombre, contesta preguntas, acepta y reacciona a los elogios, está enterado que es necesario seguir las instrucciones del cirujano dentista, además coopera sin demora.



Fuente: Directa.

Con estos pacientes, se concluye la visita satisfactoriamente, y pese a que está ansioso por retirarse, tiene la suficiente paciencia y calidad humana para aceptar los elogios y los premios a que hizo acreedor su conducta durante el tratamiento. Los pacientes regresan radiantes de orgullo con sus padres, debido a que saben que se portaron bien y que eso agradecerá a sus padres.¹⁷

6.2 Paciente con falta de capacidad para cooperar

Es básico conocer la causa de la conducta no cooperativa, ya que en función de la causa del problema se elige una técnica de tratamiento u otra. Estos niños son los que no desean superar o, más aún no desean afrontar los estímulos o exigencias conductuales de la experiencia dental.

El primer grupo lo conforman los pacientes especiales que tienen afecciones emocionales, el tratamiento odontológico, al igual que muchas otras situaciones difíciles de la vida, se complican para ellos, a causa de sus problemas psicoemocionales, es importante tener en cuenta que en algunos de ellos el problema puede aún no estar diagnosticado. El nivel de ansiedad de un niño guía sobre el grado de alteración emocional de éste, de tal modo, que frecuentemente se produce una crisis conductual.

El siguiente grupo es el de los pacientes tímidos, y es, comúnmente el más grande, éstos niños son introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales que implica la visita dental. Estos niños se mostrarán cohibidos y quizá lloren, pero rara vez se comportan de manera agresiva o con una rabieta, El objetivo del odontólogo es conseguir empatía, confianza y buena comunicación.

El tercer grupo comprende a los niños que tienen temor al tratamiento, un niño con miedo, representa un reto enorme para el dentista, al atender a este tipo de paciente el odontólogo se enfrenta a un problema particular, estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor a lo desconocido.

El miedo puede ser el factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al dentista, pero es difícil saber si la no cooperación del niño se debe al miedo o bien la causa es otra o multifactorial. A continuación se mencionan algunas observaciones que pueden ayudar

tanto al profesional como a los padres a comprender el miedo del niño en la consulta odontológica:

- El niño no consigue vencer sus miedos a pesar de las explicaciones del odontólogo o de sus padres, bien por su corta edad o bien por el desarrollo lento.
- El niño exagera sus temores debido a otros problemas emocionales en su vida, también se incluye en este grupo los que se enfrentan a problemas de salud.
- El niño añade a los suyos miedos de sus compañeros, hermanos, padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.
- El niño sufrió una mala experiencia médica o dental, estos son miedos aprendidos.
- El niño presenta alguna alteración emocional.
- La no superación del miedo puede suponer posponer el tratamiento para no agravar la angustia que le causan los procedimientos.

Otro grupo más, es de los niños que se niegan a cooperar porque les disgusta la autoridad, este tipo de pacientes detesta las consultas dentales y su desagrado representa una aversión a obedecer las órdenes de los adultos. Son niños que no pueden aceptar y seguir las instrucciones de los adultos, son pacientes consentidos, incorregibles, sobreprotegidos, rebeldes. El odontólogo representa una figura de autoridad muy fuerte en su consultorio y, en consecuencia, es un candidato ideal para estimular la peor conducta en este tipo de niños.^{8,17}

La aversión por la autoridad proviene de cuatro objetivos que pudieron estar mal dirigidos en la vida del niño;

- Atención indebida: A fin de satisfacer su intenso apetito por sentirse superior, logra mediante una actitud manipuladora, que sus padres le presten atención en el momento que él lo decida.

A menudo, estos niños son irritantes, fastidiosos, molestos y quebrantadores del orden.

- Lucha por el poder: Para sentirse superior, se prepara para mantener una lucha con sus padres una lucha por poder a fin de ganar de su atención. Estos niños, discuten y contradicen, hacen lo contrario a lo que se pide, enoja a los demás y desencadena rabietas.
- Represalia y vergüenza: De nueva cuenta, para poder sentirse superior, el niño, cuando no obtiene lo que quiere, se enfrenta a sus padres y se desquita de ellos. Comúnmente, son de carácter violento, dicen cosas que hieren a los demás, buscan venganza y a veces, se salen con la suya.
- Insuficiencia: Para sentirse superior está convencido de que es especial en el peor sentido posible. Se siente totalmente incapaz de madurar, alcanzar logro alguno y, no piensa hacer nada ni por él ni por nadie. Este tipo de niños se da por vencido muy fácilmente, rara vez participa, actúa como si no pudiera hacer las cosas.¹⁷



Fuente: Directa.

7. CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

El niño, no es un adulto en miniatura, sino una persona total e intransferible en formación y lo mismo ocurre con su conducta, que el adulto debe respetar y ayudar a desarrollar.⁷

La conducta del niño no es fundamentalmente distinta a la del adulto; más es de presumir que en él pueda ser observada en una etapa menos compleja y que es más fácil de reconstruir las tendencias en la niñez que en la vida adulta. Es razonable suponer que la conducta puede ser modificada más fácilmente en la persona joven, pero sería desacertado afirmar que esto sucede en todas las circunstancias.

Desde tiempo inmemorial, los padres, maestros, médicos, dentistas y otros profesionales que atienden al niño han recurrido a la psicología aplicada en su trato con la niñez. Esta psicología, en parte se basa en la observación y en parte es intuitiva. La actual generación no ha inventado sus leyes; simplemente las ha descubierto, explicado y codificado. Gradualmente se llegó a la convicción de que, si la conducta podía ser modificada, era prudente intentar su rectificación antes de que se pusieran de manifiesto los resultados de una anormalidad conductual persistente.¹⁸

Así, la conducta y su modificación no son nuevas en la odontología pediátrica. Sin embargo, con el advenimiento de la investigación en la ciencia de la conducta, estos esfuerzos han comenzado a esclarecer la dinámica de la conducta. Esto ha dado al odontólogo la oportunidad no sólo de comprender y de manejar la conducta del niño, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar las respuestas apropiadas en el niño.¹⁴

El principal objetivo durante el procedimiento dental es orientar al niño para que su actitud sea positiva frente al tratamiento. La mayoría de los

niños acepta nuevas experiencias sin mayor ansiedad, lo que puede atribuirse a distintos factores como la edad del niño, personalidad, atención de los padres o habilidad del profesional. Sin embargo, algunos requieren de atención especial. Desde el momento en el que el niño entra en la consulta, es necesario no sólo establecer una empatía con él, sino también emplear las técnicas de control conductual adecuadas.

Son varias las técnicas que permiten ayudar a superar conductas difíciles y problemas de ansiedad y que ayudan a realizar de manera más eficaz el tratamiento en el niño incitándole a mostrar una actitud dental positiva. Básicamente los objetivos del control de la conducta son:

- Establecer una buena comunicación con el niño.
- Ganar la confianza del niño y los padres, y su aceptación del tratamiento dental. En el caso de los padres, por medio del consentimiento informado.
- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos de los cuidados dentales.
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo.
- Realizar el tratamiento de la manera más satisfactoria posible.

Yazme García Montaña et al., llevaron a cabo un estudio exploratorio, comparativo, transversal. Consistió en una muestra de 80 padres o madres que acudieron al servicio de odontopediatría del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en el período de diciembre del 2002 a marzo del 2003. El propósito del estudio fue determinar el grado de aceptación de las técnicas de manejo del comportamiento en los padres a los que se da la información previamente y compararlo con los padres a los que no se les dió.

Los padres de los niños se dividieron en dos grupos de 40 elementos cada uno, al grupo A se le dió un folleto con explicación previa por escrito y con fotografías de las técnicas de manejo de comportamiento más usuales, y en el grupo B se entregó un folleto sin explicación por escrito y sólo con fotografías de las mismas técnicas, posteriormente se les entregó un cuestionario, de donde se generaron los siguientes resultados: en el grupo A, el grado de aceptación de los padres se ubico dentro del grado de aceptación medio, aceptando en promedio entre 2 y 4 técnicas de manejo de la conducta. El grupo B por el contrario ubico su mayoría de participantes dentro del grado de aceptación alto, aceptando en promedio de 5 a 7 técnicas de manejo de la conducta.

La aceptación de las técnicas indicó que los padres a los que no se les dió la explicación previa, aceptaron mayor número de técnicas en general. Las técnicas más aceptadas fueron lenguaje pediátrico, decir, mostrar, hacer, y las menos aceptadas restricción física y mano sobre boca. Por lo tanto, los resultados de este estudio sugieren que la información con la que cuentan los padres acerca de las técnicas de manejo de conducta es insuficiente y por lo tanto es necesario explicar a los padres los procedimientos o alternativas para manejar la conducta de sus hijos.¹⁹

Las técnicas de control conductual se pueden clasificar en: técnicas de comunicación, técnicas de modificación de la conducta, técnicas de enfoque físico y técnicas con fármacos.⁸

7.1 Técnicas de comunicación

Muchas técnicas efectivas han sido sugeridas para la comunicación. Estos puntos clave son pautas, no reglas inflexibles, porque en el mundo impredecible del trato con los niños debemos siempre estar preparados para improvisar según lo demande la situación.

La dirección o manejo de la conducta es el medio por el cual el equipo odontológico realiza efectiva y eficazmente el tratamiento de un niño y, al mismo tiempo, le infunde una actitud positiva hacia la odontología.

La conducta de un odontólogo que atiende a pacientes infantiles deberá ser una disciplina que se enfoque a los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes en cuanto se relaciona a la situación dental. El dentista debe comprender primero el desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta.¹⁰

7.1.1 Lenguaje pediátrico

Al entablar una conversación con un niño, el odontólogo no sólo conocerá más de su paciente sino que también puede lograr que el niño se relaje. Hay muchos modos de iniciar la comunicación verbal y la efectividad de estos abordajes difiere según la edad del niño.

Los miembros del equipo dental deber tener conocimiento de sus papeles al comunicarse con el niño, generalmente la asistente dental habla con el niño al llevarlo desde la sala de recepción al consultorio y durante la preparación del niño en el sillón odontológico, cuando llega el odontólogo, por lo común, la asistente pasa a tomar un papel más pasivo porque el niño sólo puede atender a una persona a la vez.¹⁴

El cirujano dentista debe desarrollar habilidades a nivel verbal como establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño, dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona, la conversación debe ser natural, interesándose en sus gustos y actividades.²⁰

La comunicación es un proceso multisensorial complejo; incluye un emisor, un medio y un receptor. El odontólogo y su equipo son los emisores, la palabra hablada es frecuentemente el medio y el paciente niño es el receptor. El mensaje debe ser comprendido en el mismo sentido tanto por el emisor como por el receptor, debe haber una adecuación entre el pretendido mensaje y el mensaje comprendido.¹⁴



Fuente: Directa.

Debe ser un lenguaje que se pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos de aquellas palabras con connotaciones de ansiedad en el niño, algunos ejemplos se muestran en el cuadro inferior. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma entendible, pero nunca engañar o mentir con las explicaciones.

EJEMPLOS DE VOCABULARIO PEDIÁTRICO

TÉRMINOS ODONTOLÓGICOS	TÉRMINOS SUSTITUTOS.
Explorador	Detector de bichos
Rayos X	Cámara de fotos
Radiografía	Foto de dientes
Clamp para goma	Botón para el diente
Dique de goma	Impermeable o paraguas
Corona de acero cromo	Diente de plata
Pieza de mano	Cepillo eléctrico
Eyector	Aspirador de agua y saliva
Jeringa triple	Pistola de aire y agua

Fuente: Directa

El niño se siente alabado si se le juzga mayor de lo que es y, a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de un tema curioso, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales, en niños más pequeños se puede añadir algo de fantasía a la conversación. Hay que tratar de responder a sus preguntas, pero vigilar que no retrase con ello los procedimientos. Por otra parte, deben darse pocas instrucciones que deben ser concretas y razonables, es necesario pronunciar las palabras despacio y claramente, utilizar un tono de voz que capte su atención. Cabe destacar que cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado.⁸

7.1.2 Decir, mostrar, hacer

Este método constituye el fundamento de la fase educativa para inducir al paciente pediátrico dental un comportamiento relajado y tolerante. Desde su introducción en 1957 esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de la conducta. Se basa en una recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante la aproximación al ambiente de la consulta dental.^{8,17}

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- a) Decir y explicar al niño lo que se le va hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.
- b) Mostrar al niño cómo se va a llevar a cabo la técnica.
- c) Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y mostrado.

Por ejemplo: Al realizar una profilaxis con un cepillo de goma.

- a) Decir: Juan, vamos a iniciar a limpiar tus dientes con este cepillo especial (pieza de baja con copa de goma), tu puedes ver que cuando aprieto este pedal, el cepillo gira y al hacerlo con la pasta, tus dientes quedarán limpios.
- b) Mostrar: Puedes, si quieres tocar el cepillo que es blando y si me permites tu mano verás que da vueltas y es agradable.
- c) Hacer: Ahora deja que limpie tus dientes, ¿me ayudas?, gracias.

La selección de palabras es muy importante, y es necesario un vocabulario sustituto como ya lo mencionamos, para los instrumentos y procedimientos que el niño pueda entender. Es una técnica sencilla y de fácil aplicación, para que resulte efectiva, se ha de pasar de un estadio a otro sin interrupción y de manera continua desde que el niño entra a la consulta hasta que se retira. No la aplicaremos para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado.⁸

La técnica de decir, mostrar, hacer, es de carácter educativo. A medida que el niño recibe información acerca de una experiencia, técnica o pieza del equipo, se disiparán los temores a lo desconocido o la anticipación del dolor. Se reitera que esta técnica lingüística incrementa la probabilidad de que la petición apropiada del odontólogo reciba una actitud adecuada y eficaz del niño.¹⁷

7.1.3 Control de voz

Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora, es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento en que se inician, y lo es menos cuando estas ya están muy establecidas.

Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones. Es más importante el tono de voz que lo que se dice en concreto, la expresión facial debe transmitir esta misma intención, el mensaje verbal y no verbal han de transmitir la misma información. El odontólogo, en ocasiones puede realizar control de voz, sólo con la expresión facial.

Cuando de nuevo captamos la atención del niño, se le agradece la colaboración e interrupción de su mala conducta, dándole las explicaciones e instrucciones necesarias de manera suave y agradable. A esta parte de la técnica se le denomina “cambio de ritmo”. En ningún caso debe considerarse como un escape para la ansiedad o el enfado del profesional.⁸

El control de voz es una técnica fundamental en el trato con preescolares, ya que es muy eficaz para interrumpir conductas inapropiadas tan pronto se inician. En virtud de ser una técnica puramente lingüística, este tipo de

control depende de la tonalidad, cadencia y otros aspectos que intervienen en la calidad comunicativa del odontólogo con el niño.

Dentro de esta técnica, las expresiones faciales tienen exactamente la misma importancia que la voz durante su aplicación ya que la expresión facial transmite al niño la idea de seriedad y control que tiene el odontólogo, así entonces, la voz y rostro infunden poder para tratar al niño.¹⁷

7.1.4 Distracción y ludoterapia.

Al igual que el lenguaje pediátrico, la distracción y el juego debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre un determinado procedimiento. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño. Un ejemplo de ello puede ser preguntar o interesarnos por temas ajenos a nuestro tratamiento durante la preparación de la anestesia (¿Qué deporte practicas?, ¿Cómo te va en la escuela?) siempre intentando captar la atención del niño. Otro distractor importante podría ser el que el niño esté escuchando música y hablarle sobre la canción, sobre qué música le gusta y complacerlo con ella. Es importante por parte del dentista mostrar interés para iniciar una conversación si la edad del niño lo permite, o bien en niños más pequeños utilizar otros medios de distracción como pueden ser los juegos.⁸



Fuente: Directa.

Carlos Miguel Cruz et al llevaron a cabo un estudio para poder evaluar el empleo de la música como una herramienta en la modificación de la conducta del niño, a fin de obtener un mayor grado de colaboración y satisfacción durante el tratamiento dental. La muestra estuvo constituida por 50 niños de 3 a 9 años de edad, todos ellos seleccionados al azar y atendidos en el área de Odontología Pediátrica Posgrado de la Clínica Estomatológica Central (CEC) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el 2004.

La población se dividió en dos grupos: uno al que se le aplicó música y se denominó grupo de casos, y otro al cual no se aplicó música y sirvió como grupo control. La asignación de los pacientes a ambos grupos fue realizada en forma aleatoria. El diseño del estudio fue ensayo clínico de tipo comparativo. Una vez ubicado el niño en el sillón dental, se le colocó los audífonos conectados a un Walkman marca Sony® para que pudiera escuchar música de relajación antes de empezar el tratamiento. Luego de salir el paciente del consultorio dental, respondían el cuestionario modificado de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento.

En el estudio, los niños que escucharon música durante el tratamiento, mostraron una conducta receptiva y de colaboración similar a la que presentaron los niños que no fueron expuestos a la música (grupo control) pero que fueron tratados con otras técnicas no farmacológicas de modificación de la conducta. Sin embargo, se reportó que la música puede reducir la tensión y la ansiedad y que la terapia con ésta es simple de utilizar y fácil de aplicar, ya que no requiere de equipo sofisticado que implique altos costos para el profesional y el paciente. Con respecto al grado de satisfacción durante el tratamiento dental, se encontró que más de dos tercios de los niños se divirtieron en la visita dental y no sintieron dolor. Esto indica que la música tiene un efecto positivo en la actitud del niño hacia el tratamiento dental.²¹

Por otro lado, no cabe duda de la importancia que se le concede al juego infantil sano en psicología, pues son muchas sus posibilidades pedagógicas y terapéuticas que ayudan a superar diferentes problemas educativos. Se tendría que referir a la fase del desarrollo (entre los 2 y 4 años de edad) en la cual el niño a través del juego y dejándose llevar por la fantasías empieza a poner metas a sus acciones, quizá nunca llegaría a esto si no tuviera la posibilidad del juego.²²

Además, cuando la reserva de fuerzas de que se dispone en cada caso, no ha sido agotada completamente por las exigencias de la vida, las energías sobrantes tienen que buscar una salida, y por esto, se descargan en actividades que no van dirigidas a metas reales, es decir, en el juego, por lo tanto, puede tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor, ansiedad, ayuda a compensar sentimientos contradictorios y refuerza el instinto de imitación.^{8,22}

- En la consulta diaria, el juego principalmente tiene su efecto terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción del niño, lo que le hace perder la seriedad a la situación dental.
- El juego lo debe iniciar el cirujano dentista, pues así se mostrará más accesible y se reforzará la comunicación con el paciente infantil.
- Es necesario disponer de ayudas (peluches, marionetas, juegos electrónicos) que faciliten captar su atención.

Un momento adecuado para aplicar la ludoterapia, puede ser después de realizar la aplicación de la anestesia local. Dependiendo de la edad y el nivel de madurez del niño, se precisará más o menos de nuestra participación en el juego, por ejemplo, con un niño de 3 años, podemos usar un títere, pero con uno de 7 puede ser que introdujimos cualquier juego electrónico.⁸

7.2 Técnicas de modificación de la conducta

La habilidad para controlar al niño en la práctica odontológica, no es espectacular, ni tampoco sensacional, así como no es un privilegio de unos cuantos. El manejo del niño es simplemente la aplicación de la psicología infantil en un medio adecuado para conseguir un sentimiento de confianza recíproca.¹

El dentista enfrentado a un paciente cuyas características sean obstructivas para el desarrollo de la comunicación y el eventual tratamiento, se enfrenta a un problema ético para decidir si tiene o no derecho a interferir con las particularidades de personalidad de su paciente.

El cirujano dentista debe estar capacitado para decidir si estas conductas son normales para la edad del niño, identificando de inmediato si la conducta del niño es o no adaptada. En caso negativo podrá establecer un programa para cambiar la conducta cuando:

- La conducta inadecuada se presenta con suficiente frecuencia.
- Si continúa dicha conducta y perjudica al niño, a su entorno o a ambos.
- Si la conducta impide la posterior adaptación y evaluación saludable.

En la adquisición de una conducta positiva existen dos situaciones:

1. La primera es facilitar la adquisición de una conducta que el individuo no posee, mediante enseñanza – aprendizaje.
2. La segunda es modificar una conducta adquirida pero inadecuada, en tal caso antes del nuevo aprendizaje existe una fase previa de extinción de la conducta inadecuada.²⁰

La finalidad de estas técnicas es evitar conductas negativas, y se basa en principios ya establecidos en la teoría del aprendizaje social. Por definición, consisten en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado en forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias para acercarnos a éste, y así sucesivamente. Para aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta se requiere tiempo y paciencia.

7.2.1 Refuerzo

Los psicólogos que defienden la teoría del aprendizaje social del desarrollo infantil creen que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos en su medio, y que la aprobación obtenida, primero de sus padres y después de su entorno, son formas importantes de recompensa. Así se presenta un axioma de esta teoría, según la cual las conductas reforzadas persisten y las no reforzadoras desaparecen, dichas técnicas tratan de modificar la conducta y pueden ser aplicadas en el campo de la odontopediatría.⁸

Se sabe que el ser humano se orienta 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 materiales (juguetes, regalos), reforzadores sociales que pueden ser verbales (elogios, felicitaciones), y no verbales (expresiones faciales positivas, contacto físico), y refuerzos de actividad (participación en una actividad agradable como ver una película o jugar).¹¹



Fuente: Directa-

Los principales beneficios del reforzamiento positivo durante el tratamiento odontológico, se derivan del uso de reforzadores sociales, algunos de ellos, se indican en la tabla inferior. 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 refuerzo que consisten en una lista de una gran variedad de estímulos que le pueden agradar al niño, incluyendo alimentos, juegos, deportes, caricaturas y actividades sociales.

REFORZADORES SOCIALES COMUNES

ELOGIO Bien Eso está bien Excelente Gracias por ayudar tanto	Exactamente Buen trabajo Buena idea Gracias
EXPRESIONES FACIALES Sonreír Guiñar el ojo	Parecer interesado Reírse
CERCANÍA Hablar y escucharse el uno al otro Caminar juntos	Jugar juntos
CONTACTO FÍSICO Sentarse en el regazo Palmeaar la cabeza, el hombro o la espalda.	Apretón de manos Abrazar

Fuente: Propia

Para suministrar el refuerzo positivo de una manera efectiva, se hace necesario:

- Especificar el comportamiento que se espera del niño.
- Aplicar inmediatamente el refuerzo positivo una vez que se ha producido una conducta adecuada.

Una vez que el niño aprende la conducta deseada, un refuerzo intermitente mantendrá la conducta, es importante señalar que en algunos niños, sobre todo en los más pequeños y ansiosos, se debe reforzar una aproximación mínima, para luego ir moldeándola gradualmente hasta obtener una respuesta adecuada.

El niño que presenta una conducta inadecuada no debe recibir ningún refuerzo positivo, ya que se estaría reforzando su mala conducta. Por otro lado, las respuestas no recompensadas se hacen débiles y desaparecen eventualmente. La técnica del refuerzo positivo es la más común para motivar a los niños a aprender. La universalidad y practicidad de esta técnica la hacen una herramienta obligatoria en odontopediatría.¹¹

En cuanto al refuerzo negativo, éste pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Al igual que la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida, generalmente se utiliza en conjunción con el control de voz para expresar desaprobación. De igual forma puede hacerse condicionando algo que el paciente desea (por ejemplo, que ingresen sus padres a la sala de trabajo) para que mejore su comportamiento. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos, éstos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento. En cuanto a las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, éstas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente.^{9, 20}

7.2.2 Desensibilización

La desensibilización es una técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle escenas que guardan relación con sus miedos.¹¹

La desensibilización es efectiva, porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación. Es importante conocer la base del temor infantil, y a partir de aquí, romper los vínculos entre éste y los condicionantes que provocan el

miedo, pues evitan que el paciente contacte con la realidad, lo cual sirve para reforzar su conducta negativa. Si se puede exponer al niño a la situación, las posibilidades de que el miedo y la ansiedad disminuyan aumentan, porque el niño contacta con la realidad.

Variaciones de la técnica clásica son muy útiles en la odontología infantil. Un niño de 3 años puede tener miedo a la pieza de mano por haber oído llorar a otro niño y el ruido de la pieza al mismo tiempo; la aplicación de la desensibilización consistirá en explicarle: “Este es un cepillo especial que nos ayudará a limpiar tus dientes y dejarlos brillantes”, dejarle tocar la copa de goma, y mostrarle como funciona la pieza de mano en su uña antes de aplicarlo en sus dientes; así el niño descubre que el dolor que se había anticipado no existe, y sus miedos previos empezarán a extinguirse.



Fuente: Directa.

En general, el método gradual implícito en la modificación conductual puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo dedicado en un principio puede considerarse una buena inversión para el éxito de los tratamientos.⁸

7.2.3. Imitación o modelado.

Se denomina modelamiento o modelaje al cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es otra de las técnicas empleadas en psicología para el tratamiento de los temores, y puede ser aplicada en una variedad de situaciones odontológicas, en donde el niño puede aprender observando cómo otros niños reciben el tratamiento. Es de gran utilidad, principalmente, para mejorar la conducta de los niños aprensivos sin experiencia dental.^{8, 11}

El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación en particular, y así puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se den determinadas instrucciones.



Fuente: Directa.

La técnica por imitación puede ser aplicada no sólo en particular, sino a un grupo de niños. Otro método que se ha mostrado efectivo es enseñar a un grupo de niños un video de un niño que recibe tratamiento. El modo en el que los niños aprenden por imitación es muy importante para el profesional, porque los modelos que tienden a ser imitados más frecuentemente son aquellos que se perciben como poderosos y con control sobre el imitador, que es precisamente como percibe el niño al odontólogo y a sus auxiliares.¹¹

7.3 Técnicas de enfoque físico.

Son aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales, no se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo en determinadas situaciones perfectamente específicas, es necesario conocerlas y saber aplicarlas adecuadamente, ya que si se llevan a cabo correctamente en los casos indicados y de una forma profesional no suponen ningún daño psicológico para el niño.

- Los objetivos básicos de estas técnicas son:
- Ganarse la atención del niño.
- Enseñar la conducta apropiada que se espera de él.
- Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlarle sus movimientos.
- Protegerlo de lesiones.
- Hacer más fácil el procedimiento dental tanto para el niño como para el clínico.

El método físico de control de conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La principal indicación para su utilización es en urgencias dentales con niños descontrolados y en pacientes inquietos que no pueden controlar sus movimientos. Su aplicación levanta ciertos sentimientos controvertidos, pero de no aplicarlos, la alternativa sólo sería el tratamiento bajo sedación o anestesia general.

Estas técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte del tratamiento y jamás con connotaciones de castigo. Hay que ser conscientes de lo que se realiza al aplicarlas y tratar de que el niño tenga sentimientos positivos respecto así mismo, se le debe explicar que él puede y debe cooperar con nosotros, pero que va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar, estando protegido para no sufrir lesiones por movimientos que él no puede controlar.

Algunas consideraciones especiales sobre éstas técnicas son:

- Estas técnicas sólo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
- Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.
- Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo.
- La primera finalidad es la protección del paciente, después la del profesional y ayudantes, y la última, llevar a cabo el tratamiento necesario.
- Debe explicarse de manera agradable al niño, los motivos por los que se llevarán a cabo.
- Se empleará el tiempo necesario para explicar a los padres porqué y como se utilizan las técnicas.
- Obtener el consentimiento informado de los padres.⁶

7.3.1 Bloques de mordida

Se emplean para el control de la abertura de la boca, estaría indicado para niños que necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla. Existen diferentes dispositivos con distintos tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño, y que en el caso de utilizarlos se les atará un hilo de seda como dispositivo de seguridad.



Fuente: Directa.

7.3.2 Mano sobre boca

La finalidad de esta técnica es el reestablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse, por ello, esta prohibida su utilización en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos. Consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño cuando éste se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos, La asistente controla las manos y piernas para frenar la agitación y evitar patadas.

En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar.



Fuente: Directa.

Generalmente, mediante la comunicación no verbal el niño indica que está dispuesto a ayudar, entonces el clínico retira la mano y elogia inmediatamente su conducta. La técnica no busca asustar al niño, sino obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al profesional, y es importante que éste no refleje una actitud de enfado.⁸

7.3 Control físico mediante dispositivos especiales

Cuando el personal odontológico ya no puede controlar los movimientos de los niños, se debe recurrir a dispositivos de limitación física específica para todo el cuerpo, como toallas, sábanas, cinturones o lo que se conoce comúnmente en odontología infantil como cama de red.

Estas técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontólogos y odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres, y especialmente en aquellos casos en donde sus hijos hayan tenido experiencias dentales negativas.

En la actualidad es mayor la participación de los padres durante el tratamiento, con un mayor énfasis en la necesidad del consentimiento informado. Aunque existen técnicas que los padres prefieren más que otras, lo cierto es que con más información aumenta la aceptación de las distintas técnicas. Es importante exponer a los padres el porqué de la necesidad de utilizarlas insistiendo en la finalidad de dar seguridad a los niños.

7.4 Utilización de fármacos para sedación consciente que coadyuvan en el control conductual.

La mayoría de los pacientes odontopediátricos pueden recibir tratamiento en el medio dental convencional. Cuando se establece una buena relación terapéutica con el niño y sus padres, y se adoptan técnicas adecuadas de manejo de conducta, el dolor y la angustia de la mayoría de los niños, se puede controlar de manera eficaz con el uso de la anestesia local. Sin embargo, el control de la conducta y el dolor de algunos niños necesitan ir más allá del bloqueo fisicoquímico de las vías anatómicas que lo conducen, debido a que este número reducido de pacientes, es incapaz de tolerar sin molestias los procedimientos dentales.

Por lo anterior, se requiere adoptar otras medidas para el control conductual en este tipo de casos; el tratamiento farmacológico se indica para niños que no pueden recibir tratamiento con las técnicas tradicionales de manejo de la conducta y la anestesia local.¹⁵

La sedación consciente por definición, es el nivel de conciencia con grado mínimo de depresión, en el que el paciente tiene la capacidad de conservar su permeabilidad respiratoria de manera independiente y continua, y de responder adecuadamente a la estimulación física o a órdenes verbales.

En 1985, la Academia Americana de odontopediatría (AAPD) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) firmaron conjuntamente un documento titulado: “Lineamientos para el uso opcional de sedación consciente, sedación profunda y anestesia general”, en el que se establecen las normas actuales para el cuidado de los odontólogos que practican éstas técnicas de sedación en pacientes pediátricos.¹⁵

Según esta guía, antes de tomar la decisión de usar sedación consciente se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Otras modalidades alternativas para el manejo del comportamiento.
- Necesidades dentales del paciente.
- Calidad del cuidado dental.
- Desarrollo emocional del paciente.
- Consideraciones físicas del paciente.

Además, de acuerdo con esta guía, los objetivos de la sedación consciente son:

- Reducir o eliminar la ansiedad del paciente, así como hacer que se sienta seguro y confortable para poder realizar un buen tratamiento dental.
- Reducir los movimientos y reacciones adversas durante el tratamiento.
- Aumentar la cooperación del paciente.
- Incrementar su tolerancia a los tratamientos largos.
- Ayudar en el tratamiento de los pacientes comprometidos física y psíquicamente.^{8,15}

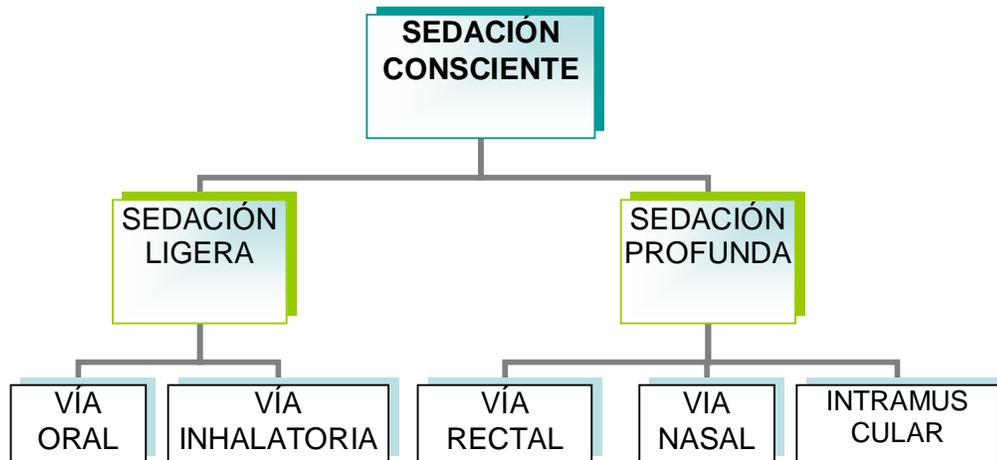
Hay diversos requisitos que deben ser satisfechos cuando se considera la utilización de la sedación consciente para pacientes odontopediátricos.

1. El profesional debe poseer conocimientos integrales del agente o los agentes que ha de usar y debe estar entrenado en los métodos correctos para su aplicación.

2. Debe haber un fundamento cuidadosamente planificado y documentado para el uso de sedación en cada paciente. La decisión debe tomarse basándose sobre un cuidadoso análisis del perfil de conducta del paciente, la naturaleza o la duración del tratamiento requerido; la relación riesgo/beneficio en relación con el estado físico del paciente, la capacidad de la familia para responder a las demandas de un amplio plan de tratamiento y la posibilidad económica con respecto a opciones alternativas.
3. El paciente tiene que ser evaluado cuidadosamente para asegurarse de que no existen estados que puedan alterar las respuestas esperadas al agente o a la técnica sedativa ni impliquen riesgos adicionales para él.
4. Debe haber un consentimiento escrito bien documentado.
5. Las instalaciones del consultorio deben ser tales que pueda asegurarse una experiencia confortable. No haber barreras físicas o falta de equipamiento adecuado que compliquen el tratamiento de cualquier emergencia que pueda surgir. El personal deberá estar perfectamente entrenado en las técnicas de monitoreo de pacientes sedados y entrenado para técnicas de resucitación.
6. Se debe tener rápidamente disponibles los servicios de emergencia médica móviles.

Una vez que se cuente con los requisitos previamente mencionados y dado que la sedación consciente comprende un grupo de técnicas que se proponen alterar la conducta del paciente, el profesional debe tener en ese momento un buen fundamento para hacer la selección de la técnica más adecuada para el paciente.¹⁴

Para efectos de comprensión, se clasifica a la sedación consciente de la siguiente manera:



Fuente: Directa

La sedación ligera será la idónea para aquellos niños en los que el miedo y la ansiedad puedan disminuir su capacidad de comunicación, son pacientes a los cuales se les suele realizar, con algunos problemas, acciones como la exploración clínica y radiográfica, y que en citas posteriores se puede llevar a cabo una sedación ligera la cual puede romper el bloqueo mental y facilitar su acercamiento.⁸

En estos casos, la vía de administración suele ser oral, que es el método más aceptado universalmente, y tiene las siguientes ventajas:

- La pueden administrar los padres.
- Administrada antes de la cita alcanza su pico máximo durante el tratamiento.
- Ausencia de toxicidad, si se calculan las dosis adecuadas para cada paciente.

Cabe recordar que siempre hay que dar a los padres las indicaciones por escrito, conservando una copia; si se prevé una dosis inadecuada, nunca se debe administrar una segunda a fin de completar lo que parece insuficiente, ya que si por algún motivo como la ingesta de alimentos o el miedo, se ha retrasado la absorción de la dosis inicial y ambas dosis son absorbidas al mismo tiempo, causarán alta concentración sérica de un fármaco depresor del sistema nervioso central, lo que puede provocar consecuencias graves como depresión respiratoria, colapso cardiovascular y muerte.⁶

En la presente tabla, se indican los agentes sedantes más comunes por vía oral, según la Academia Americana de Odontopediatría.

Narcóticos	Ansiolíticos	Hipnóticos
Mepiridina (Volantina)	<i>Antihistamínicos</i>	Hidrato de cloral
	Hidroxicina (Atarax)	(Noctec)
	Prometacina	
	(Fenergan)	
	<i>Benzodiazepinas</i>	
	Diacepam (Valium)	
	Midazolam	
	(Dormicum)	

Fuente: 8

Los narcóticos actúan específicamente sobre los receptores opiáceos del sistema nervioso central, modifican la interpretación del estímulo doloroso y elevan, por lo tanto, el umbral del dolor; a ello deben su potente acción analgésica, siendo muy eficaces contra el dolor intenso. Sin embargo, hay que tener en cuenta sus reacciones adversas, como depresión respiratoria y dependencia, así entonces, si se incrementa la dosis narcótica para lograr la sedación, se pueden obtener efectos secundarios graves, como depresión respiratoria, apnea y pérdida de consciencia. De ello se desprende que no es un fármaco muy recomendable para la sedación en odontopediatría, no obstante se dispone de un antagonista

de los narcóticos, que es la naloxona (Narcan), que anula sus efectos sobre el sistema nervioso central.⁸

La mepiridina es un narcótico sintético útil en sedación por vía oral que tiene como características:

- Ser muy hidrosoluble e incompatible con otras drogas, por vía oral.
- El efecto pico ocurrirá a la hora y durará aproximadamente 4 horas.
- La dosis máxima es de 1 a 2.2 mg/kg sin exceder los 100 mg.
- La característica farmacológica que cabe destacar como precaución, es que su metabolito, norperidina, puede provocar convulsiones, de lo cual se deduce que se debe tener especial cuidado en pacientes epilépticos o con convulsiones febriles.
- Se presenta con el nombre comercial de Dolantina.^{8,14}

Los ansiolíticos, como su nombre lo indica, su efecto primario es disminuir la ansiedad, efecto deseable en la sedación consciente. Dentro de este grupo de fármacos se encuentran los antihistamínicos, como ejemplo de ellos se tiene a la hidroxicina, cuyo nombre comercial es el (Atarax y Vistaril).

La hidroxicina es un psicosedativo menor que se usa para aliviar la ansiedad asociada a numerosos estados de tensión aguda o crónica, suprime la actividad de algunos grupos hipotalámicos y extiende su efecto a la porción simpática del sistema nervioso autónomo, es un ansiolítico efectivo con mínimas propiedades hipnóticas, produce relajación muscular y es antiespasmódico; tiene también una actividad antihistamínica y posee las siguientes particulares:

- Se administra por vía oral, los efectos aparecen a los 30 minutos posteriores a la administración, la actividad máxima se alcanza a la hora y media.
- Desaparece su acción a las 5 ó 6 horas aproximadamente.
- La dosis oral es de 0.6 mg/Kg.
- Tiene como reacciones adversas somnolencia extremada, boca seca, hipersensibilidad como sibilancias y disnea.
- Comercialmente el clorhidrato de hidroxicina aparece con el nombre comercial de Atarax en tabletas de 10, 15 y 25 mg y en jarabe de 10mg/5ml.
- Tiene capacidad sinérgica con otros fármacos depresores del SNC como con el N₂O, mepiridina e hidrato de cloral.

Las benzodiazepinas son fármacos de amplio espectro con acción sobre el SNC, usadas frecuentemente en procedimientos quirúrgicos por su potente efecto sedante. Tienen una acción ansiolítica, sedante, hipnótica, amnésica, anticonvulsivante, antitemblor y relajante del músculo esquelético. Su efecto puede prolongarse por la presencia de metabolitos activos de la benzodiazepina original, que llegan al receptor una vez que ésta haya desaparecido del lugar de acción. Una de las ventajas más importantes de las benzodiazepinas es la existencia de antagonistas específicos, que además no presentan efectos farmacológicos intrínsecos de importancia como el flumazenil (Anexate)

El diazepam es un derivado benzodiazepínico que debido a su gran efecto hipnótico sedativo, se utiliza para aliviar la ansiedad asociada a todas las variedades de neurosis y, por ser un agente miorelajante y anticonvulsivante, ha sido utilizado también en el tratamiento de la epilepsia, tétanos, parálisis cerebral y otros estados de contractura muscular. Tiene además las características siguientes:

- Para sedación ligera solamente se usa por vía oral.

- También se presenta para administrarse por vía rectal, intramuscular e intravenosa.
- Su pico de concentración en sangre depende de la vía de administración, oralmente, el pico de actividad máximo será de 1 a 2 horas después de la administración.
- Se libera aproximadamente a las 6 u 8 horas, aunque persisten algunos metabolitos activos desde 20 a 70 horas después de la administración.
- Comercialmente aparece con el nombre de Valium para administrarse por vía oral (tabletas de 5 y 10mg y suspensión de 5mg/ml), por vía parenteral (ampollas de 2ml) y, por vía rectal aparece con el nombre de Stesolid (en microenemas de 5 y 10mg)
- Dosis. La recomendada para obtener efectos sedativos por vía oral es de 0.2 a 0.4 mg/kg, por vía parenteral no se recomienda su uso en pediatría.
- Los efectos colaterales importantes son somnolencia y salivación disminuida, vértigo, comportamiento agresivo en niños pequeños y lenta recuperación.
- En caso de sobredosis, el hallazgo más importante es la depresión del SNC por lo que se recomienda siempre tener un antagonista.

Los hipnóticos son fármacos que actúan sobre el SNC, en el sistema reticular activador, zona del cerebro que se encarga de mantener la conciencia, por ello, la principal acción de estos medicamentos será producir sedación o sueño, pudiendo llegar a originar, si las dosis no son correctas, anestesia general e incluso muerte.

Los sedantes hipnóticos se clasifican en barbitúricos como el secobarbital y pentobarbital que no deben usarse para la sedación consciente en odontopediatría y, en no barbitúricos, como el hidrato de cloral, que es un fármaco cuya acción principal es crear sedación o sueño, no es un analgésico y presenta las siguientes particularidades:

- Administrado por vía oral a dosis bajas produce sedación leve, pero en algunos niños puede producir reacciones adversas como hiperexcitabilidad.
- Con dosis mayores y empleado con hidroxicina puede conseguirse una buena sedación.
- Administrado por vía oral irrita la mucosa gástrica y tiene un sabor amargo, por tanto, se debe diluir en leche o en agua.
- Los efectos aparecen a los 15 o 30 minutos de su aplicación, y la actividad máxima se alcanza a la hora, sus efectos desaparecen aproximadamente a las 5 o 6 horas.
- La dosis se debe individualizar para cada paciente utilizando entre 20 y 50 mg/kg de peso, no superando nunca el gramo.
- No debe administrarse en pacientes con gastritis, alteraciones hepáticas, renales o con problemas cardíacos.
- Puede provocar náuseas o vómitos, ocasionalmente puede originar mareos, dolor de cabeza, excitación y confusión.
- A dosis elevadas puede haber hipersensibilidad, depresión respiratoria y pérdida de la consciencia. Las dosis tóxicas causan depresión del miocardio y arritmias cardíacas.⁸

Con la sedación por inhalación también se puede obtener sedación ligera. Existe solamente un agente que se puede usar en la sedación por inhalación y que cumpla con todos los requisitos de la sedación a la vez que mantiene la consciencia, este agente es el óxido nitroso (N₂O).

El óxido nitroso es un gas de aroma ligeramente dulce, incoloro e inerte, no es inflamable y en sedación consciente siempre debe asociarse con no menos del 25% de oxígeno. Se absorbe rápidamente en los alvéolos pulmonares y se disuelve físicamente en la sangre, no hay combinación química de este gas en ninguna parte del cuerpo, no sufre biotransformación y es excretado rápidamente por los pulmones.

Básicamente éste gas produce un estado alterado de la atención con disminución de la función motora, es un depresor del SNC, produce analgesia limitada. Su uso en concentraciones adecuadas no tiene efectos tóxicos.¹⁴

Existe una serie de datos objetivos que nos podrían indicar el nivel de psicosedación; pupila normal y con movimientos voluntarios, la presión arterial inicialmente está elevada y posteriormente desciende a valores normales, la frecuencia del pulso sufre una elevación inicial para descender más tarde a valores normales, la respiración es suave y normal.

Otros datos subjetivos sirven para determinar la línea base, ya que cuando éstos se alcanzan y mantienen se habrá alcanzado el nivel de psicosedación deseado: sensación de hormigueo en extremidades, mantenimiento de la comunicación verbal, mantenimiento de la boca abierta, sensaciones de euforia, calor y disminución de la ansiedad. Estas sensaciones, serán fácilmente referidas por el paciente, con el que se tiene que hablar durante todo el proceso de sedación.

Es importante destacar que Angélica Cortés Vargas et al., realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la eficacia analgésica inhalatoria con óxido nitroso combinada con un ansiolítico, el midazolam, y un analgésico, el acetaminofén, para valorar la eficacia, margen de seguridad clínica y cambios en la conducta que presentaron los pacientes infantiles

ansiosos durante el tratamiento odontológico de la clínica Reforma de la Universidad Nacional Autónoma de México en el 2002.

Este estudio fue clínico farmacológico cuasiexperimental en 50 pacientes de 30 a 62 meses de edad, todos sanos, que mostraron en la primera cita una conducta negativa. Los pacientes fueron clasificados en forma aleatoria en dos grupos, al grupo 1 se le administró óxido nitroso con midazolam y acetaminofén, calculando las dosis por kilogramo de peso, al grupo 2, se le aplicó óxido nitroso con midazolam.

En los resultados se observó un mejor control del llanto durante la sedación en el grupo 1, en donde el 48.7% de los niños no presentaron llanto, en comparación con el 20% del grupo 2, en cuanto al movimiento durante el tiempo operatorio, el grupo que recibió el acetaminofén, no presentó movimientos que interrumpieran el tratamiento en el 76.9% de los casos, en comparación con el 35% del otro grupo.²³

Otro punto importante y esencial para poder aplicar sedación consciente ligera con N_2O y O_2 es el contar con el equipamiento y las instalaciones adecuadas; básicamente consta de dos botellas donde se almacenan los gases y de un aparato para la administración al paciente. Actualmente se utilizan unidades de flujo continuo que constan de:

- 1) Cilindros de gases comprimidos,
- 2) Válvulas reductoras o reguladoras de presión que se encuentran en el cilindro y el equipo, y que permiten trabajar a una presión segura para el paciente y para la unidad de sedación,
- 3) Circuito de tuberías, que irán desde el lugar del almacenamiento de los cilindros hasta la salida en el gabinete dental,
- 4) Mezclador de gases y medidor de flujo, también llamado equipo de sedación en el que se indica el flujo del O_2 y el N_2O , válvulas reguladoras del flujo, válvula de aire de emergencia, interruptor de apertura y cierre,

botón de O₂ y válvula de dirección única que impide el paso de gases exhalados.

5) Balón de reserva, hecho de goma silicona, su función principal es servir de reserva de los gases al mismo tiempo que permite observar el ritmo respiratorio del paciente y que asegura que respira por la nariz y que está consumiendo los gases suministrados.

6) Tubos conectores, van del equipo de sedación a la mascarilla nasal.

7) Mascarilla nasal, se adapta a la nariz del paciente dejando la boca libre para trabajar.

La técnica de trabajo con óxido nitroso es la siguiente; Se comienza administrando oxígeno puro mientras se le enseña al paciente a inhalar por la mascarilla, para empezar a administrar N₂O de medio en medio litro, en la misma medida en que se va reduciendo el O₂ con pausas de 30 segundos hasta alcanzar la línea base para la psicosedación. Una vez obtenido este nivel, será necesaria la administración de anestesia local en todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento odontológico. Al terminar, se cerrará el flujo de N₂O, mientras que se aumenta el flujo de O₂ aproximadamente durante 5 minutos o hasta que los efectos de sedación hayan desaparecido.

Dentro de las ventajas de la sedación con óxido nitroso se destacan:

- Fácil dosificación.
- Ausencia de efectos secundarios.
- Fácil recuperación del paciente.

También posee algunos inconvenientes:

- Equipo e instalación costosos.
- Indicaciones muy concretas (no debe usarse en niños muy pequeños ni con alto grado de ansiedad).

- Es difícil su uso cuando se requiere tratar la zona anterior superior de la boca.
- Necesita de entrenamiento previo.

Las indicaciones para su uso son las siguientes:

- Niños semicooperativos.
- Pacientes moderadamente ansiosos, con miedo y aprensión.
- Para aumentar el umbral del dolor.
- Para crear un estado semihipnótico y de esta manera eliminar reacciones adversas al tratamiento.
- En discapacitados físicos o mentales.
- En citas excesivamente largas.
- En niños en edad escolar.
- En comedición con fármacos como hidroxicina o diacepam.

Como contraindicaciones se mencionarán:

- En niños pequeños o en edad preescolar.
- No debe usarse nunca como reemplazo de las técnicas básicas del manejo, sino en combinación con ellas.
- En niños histéricos, tercos o desafiantes que mediante las técnicas de manejo no admitan colocarse la mascarilla.
- En pacientes que en el momento de la administración, tengan obstrucción nasal o infección en las vías respiratorias.
- Nunca debe usarse como único medio de control el dolor, sino siempre con anestesia local.
- En pacientes con inestabilidad emocional.
- En pacientes que estén tomando antidepresivos en el momento del tratamiento.⁸

La sedación profunda se describe como un estado caracterizado por una pérdida incompleta, parcial o total de los reflejos protectores, así como por la pérdida de la capacidad de mantener en forma continua e independiente una vía aérea totalmente desobstruida.¹⁴

Este tipo de sedación, es bastante inusual en la consulta del odontopediatra, y aún más en la del odontólogo general, ya que, afortunadamente a la mayoría de los niños es posible tratarlos con técnicas convencionales de manejo de conducta y, a lo sumo, con sedación ligera, por lo que únicamente se mencionan en la tabla siguiente algunos agentes que se pueden utilizar para sedación profunda.

	Agentes	Vía de administración
Hipnóticos	Diacepam (Stesolid)	Rectal
	Midazolam (Dormicum)	Intranasal
Narcóticos	Tramadol (Adolonta)	Intramuscular
	Mepiridina (Volantina)	Intramuscular
Agentes disociativos	Ketamina (Ketolar)	Intramuscular

Fuente: 8

8. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL.

La educación para la salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es una enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como de la de su familia y la del grupo social al que pertenecen.²⁴

Actualmente la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en la que se debe sustentar el cambio para poder alcanzar la salud para todos, sin embargo, es aún hoy, uno de los ámbitos en que menos recursos se invierten en todos los niveles; desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria, a pesar de ello, todos los profesionales de la salud, independientemente del ámbito en el que se desarrollen, deberían exigirse así mismos un esfuerzo por promover la salud adaptándose también a los factores personales, económicos, sociales y medioambientales de los individuos o población a la que atienden.^{24, 25}

En Cuba, país que se ha destacado por su interés en la educación para la salud, la doctora Noraydi Ruiz F, et al., realizaron un estudio de intervención grupal educativa, denominado “Salud a pedir de boca”, para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer y cuarto grados de la Escuela Primaria “Josué País” de Santiago de Cuba, durante el año comprendido desde enero del 2003 hasta enero del 2004.

La muestra estuvo constituida por 68 escolares: 34 de tercer grado y 34 que conformaban la matrícula total de ambos niveles. A todos ellos se les aplicó un cuestionario de 20 preguntas para medir previamente sus conocimientos sobre salud bucal y luego se efectuó un programa de actividades educativas, que garantizó la participación de todos los alumnos en las técnicas y juegos didácticos diseñados para enseñarles entretenidamente buenas prácticas al respecto.

Las reuniones eran mensuales y en cada encuentro se utilizaban uno o varios pasatiempos instructivos, confeccionados especialmente para introducir y consolidar los conocimientos, así como también para servir de retroalimentación.

El estudio dió como resultado que de los 68 escolares que formaron parte de esta investigación, 62 tenían conocimientos inadecuados y 6 adecuados antes de la encuesta preliminar; sin embargo, la acción reforzada con cada juego didáctico y un software educativo a los efectos garantizó que el 88,24 % de los escolares adquirieran la información y lograron tener hábitos de salud bucal después de la intervención, incluidos en ese porcentaje los que previamente poseían acertadas nociones sobre hábitos bucales correctos.

Con la educación para la salud el cirujano dentista tiene una estrategia muy importante y eficaz para que con las condiciones del medio existente alrededor de sus pacientes pueda, modificarlo o adaptarlo para hacerlo más favorable a la salud, promover estilos de vida saludables, mejorar las condiciones personales, tanto biológicas como psicológicas y reorientar la atención dental hacia una atención odontológica integral.

Con esta herramienta estratégica el odontólogo puede presentar y facilitar a sus pacientes el conocimiento y la toma de conciencia de los factores que condicionan su salud bucal, de sus requerimientos y de las opciones que existen.²⁶

Dentro del consultorio dental la educación para la salud se puede llevar a cabo más de manera individual, pero también en grupo, por ejemplo, a una familia; se trata de lograr que cada persona individualmente sea capaz de ir adoptando un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad de un adecuado autocuidado bucal, para ello, hay que dar a las personas los recursos conceptuales e instrumentales que le permitan conocer sus necesidades de salud, saber qué hacer para darles respuestas, capacitarlos para que puedan llevarlo a cabo, pero sobre todo motivarlos para que lo hagan.

No se debe olvidar que para que los individuos asuman un papel protagonista en el cuidado de su salud bucal, necesitan no sólo disponer de elementos cognoscitivos, sino que este conocimiento debe venir acompañado de un conjunto de actitudes, valores y capacidades de carácter general que favorezcan el pensamiento crítico y las conductas acertadas.

El dentista deberá tener como objetivos de salud, la prevención de las enfermedades bucales y la limitación de las mismas, divulgarlas y transmitir las en forma de prescripciones y recomendaciones.²⁰

En el caso de la atención odontológica infantil, el profesional cuenta con herramientas muy eficaces para poder influir en la perspectiva y actitud del niño hacia la atención dental. Por un lado deberá tener la paciencia y habilidad para interactuar con los pacientes odontopediátricos, y por otro, el conocimiento del desarrollo psicológico infantil y de las técnicas de control conductual de las que puede servirse.

La odontología preventiva utiliza a la educación como medio de moldear al individuo, basándose en su capacidad de aprender. En ese proceso, que integra la atención odontológica, se plantea el aprendizaje de

conductas, normas y valores, con responsabilidades compartidas por el paciente, sus padres y el profesional, para el logro de la salud bucal.

Así entonces, el cirujano dentista y su equipo serán dentro de su consultorio los responsables de desarrollar actividades educativas tendientes a crear conciencia respecto a la necesidad de valorar la salud y motivar a la realización de actividades para mantenerla, y para lograrlo, es muy importante la participación de los tres ángulos del triángulo de atención odontopediátrica.

La motivación es un componente fundamental en la educación para la salud bucodental, ya que es reguladora e inductora de la conducta y de aquellos procesos que le dan dirección al comportamiento y lo mantienen de forma persistente y dirigida selectivamente hacia un objetivo.⁴

Se llama motivación para la salud a la totalidad de condiciones y procesos que interactúan y son determinantes para la puesta en práctica de una conducta. Una vez que se produce la motivación, se puede contar con una actitud activa. Se pueden distinguir tres aspectos generales de la motivación, considerados como fases de un mismo ciclo en el que una conduce a la otra. La primera, es la necesidad, o sea, la aparición de un estado motivante, la segunda, es la conducta, que resulta de ese estado, y la tercera, es la obtención de la meta u objetivo, que alivia las condiciones motivantes.

Para lograr la motivación debe darse un proceso de comunicación en el que el odontólogo debe poner en práctica sus conocimientos; del desarrollo psicológico de sus pacientes infantiles, de las técnicas de comunicación, de modificación de la conducta y de sus habilidades para poder influir en el niño, así como deberá hacer uso de herramientas o materiales didácticos que le sean de ayuda para entablar una comunicación satisfactoria con cada uno de sus pacientes.

En odontopediatría es importante que el profesional, al comunicarse con los niños, demuestre seguridad en los mensajes emitidos, así como la entonación que resalte los elementos clave. Una vez que ha enseñado y motivado a realizar las técnicas o procedimientos que inducen a tener un cuidado bucal, debe evaluar los resultados de su trabajo, para comprobar si los mensajes por él emitidos fueron asimilados e influirán en la creación de determinados hábitos o conductas, y así determinar si la educación para la salud que él promueve, está generándole resultados satisfactorios.⁴

CONCLUSIONES

El comportamiento de un niño durante la consulta dental, puede alcanzar un estado óptimo de conducta y aprendizaje sólo cuando el profesional lo adapta al ambiente del consultorio, lo cual se puede lograr únicamente si el cirujano dentista cuenta con los conocimientos básicos de: el desarrollo psicológico y cognoscitivo de los niños en sus diferentes edades, con la capacidad de observar las cualidades y actitudes del paciente, de sus padres o tutores, para poder entablar una buena relación con ellos, y con la habilidad para aplicar las técnicas más usuales de control conductual.

La atención odontológica de niños y adolescentes, es probablemente, una de las actividades en las que el cirujano dentista enfrenta los mayores desafíos de su profesión, tratando siempre de obtener una actitud cooperadora por parte de su paciente y sus padres, no sólo para realizar un único tratamiento, sino con la finalidad de motivar, orientar y enseñar actividades encaminadas hacia el logro de un cambio de actitudes sanas en el campo de la salud bucodental.

Por lo anterior, el cirujano dentista debe fijarse como objetivos de su práctica profesional con pacientes infantiles y adolescentes a la salud bucodental y, además, que la experiencia odontológica con pacientes odontopediátricos no conduzca a establecer secuelas psicológicas negativas para su atención dental futura y así, ir adecuando la conducta de la población para que cumpla eficazmente con las medidas de autocuidado y valoración de su salud bucodental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueiredo W. Ferelle A. Issao M. Odontología para el bebé. Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. 1ra. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. C.A. 2000 Pp.9-23.
2. Papalia D., Wendkos S., Duskin R., Desarrollo humano. 9na. México: Ed. Mc. Graw Hill. 2005. Pp. 4-42, 205-229, 261-262, 348-384, 444-448.
3. Morris Ch., Maisto A. Introducción a la psicología. 10ma. Ed. México: Editorial Pearson educación, 2001. Pp. 1-23,146-182, 350-375.
4. López Jordi MC. Manual de odontopediatría. México: McGraw Hill Interamericana, 1997. Pp.1-44.
5. Cameron C. Manual de odontología pediátrica. Madrid: Harcourt Brace C, 1998
6. Barbería E. Odontopediatría. 2da. Ed. Barcelona: Editorial Masson; 2001.
7. Cruppi M. Psicoodontología pediátrica. Técnica para tratamiento del miedo.Argentina.2005.
8. Boj J. Catalá M. García-Ballesta C. Mendoza A. Odontopediatría. Barcelona, Masson; 2004.
9. Koch G., Motter T., Poulsen S., Rasmussen P. Odontología pediátrica. Odontopediatría, enfoque clínico. Uruguay: Editorial Médica Panamericana, 1991. Pp.3-49.
10. Barber T, Lucke L. Odontología pediátrica. México: Manual Moderno, 1983. Pp.1-53.
11. Cátedra de odontología pediátrica, Universidad de Venezuela. Conceptos básicos en odontología pediátrica. Caracas: Editorial Disinlime C. A; 1996. Pp.19-47.

12. Castillo M. Manual de odontología pediátrica. 1ra. Ed. Colombia: Actualidades médico odontológicas latinoamericana, 1996. Pp. 23-41.
13. Leyt S. Odontología pediátrica. 1ra. Ed. Argentina: Editorial Mundi, 1980. Pp. 1-21.
14. McDonald R. Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ta. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1990. Pp. 33-43, 45-62, 300-323.
15. Nuñez I. Parés G. López P. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. Rev. Odontológica Mexicana, 2006; 10:1; 30-35.
16. García A., Parés G., Hinojosa A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Rev. Odontológica Mexicana, 2007; 11:3; 135-139.
17. Pinkham. J. R. Odontología pediátrica. 3ra. Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2001. Pp.77-109, 384-404.
18. Hoggeboom F. Odontología infantil e higiene odontológica. 6ta. Ed. México: Editorial Hispanoamérica, 1958. Pp. 17-25.
19. García Y. Ríos R. Cuairán V. Gaitán L. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Rev. Odontológica mexicana 2006; 10; 3: 126-130.
20. Escobar F. Odontología pediátrica. México Editorial Manual Moderno S.A de C.V. 1985. Pp. 46-55.
21. Cruz C., Díaz M. La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatológica Herediana 2005; 15; 1.
22. Moor P. El juego en la educación. 1ra. Ed. Barcelona: Editorial Herder. 1972.

23. Cortés A., Juárez L., Ramírez G. Evaluación clínica de óxido nitroso-midazolam-acetaminofén para modificar la conducta en pacientes odontopediátricos. Rev. ADM 2002; 59; 2: 45-49.
24. Frías A., Salud Pública y educación para la salud. México. Editorial Masson, 2000. Pp.341-364.
25. Álvarez R. Educación para la salud. México. Manual Moderno S. A. de C. V. 2005. Pp. 341-365.
26. Ruiz Feria N, González Heredia E, Soberats Zaldívar M, Amaro Guerra Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria [artículo en línea]. MEDISAN2004;8(3).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm>