



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ÁREAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO QUE EL
ODONTÓLOGO DEBE CONOCER PARA EL
CONTROL DE LA CONDUCTA.

TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MAGDALENA SÁNCHEZ LÓPEZ

TUTOR: C.D. ALEJANDRO HINOJOSA AGUIRRE

MÉXICO D.F.

2009



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres porque su amor siempre me acompaña en todo lo que hago, porque me enseñaron que podía lograrlo, pero sobre todo por darme la vida... haré que se sientan orgullosos de mí.

A mi amado esposo Ismael, por hacerme la mujer más feliz, porque tu ejemplo me ha hecho crecer; porque fuiste un amigo, novio, esposo, un padre, cómplice y apoyo, todo al mismo tiempo, porque llenas de luz mi vida y porque entre los dos hicimos vida, porque me diste los momentos más felices de mi vida...te amo.

A mis dos pequeñitos Ángel Ismael y Emiliano, porque son el resultado de mucho amor y porque eso significan para mí... AMOR...no les voy a fallar, siempre estaré junto a ustedes.

A mis hermanos Juan Marcos, Claudia, Ricardo y Miriam, que aunque lejos, siempre me han dado su apoyo y cariño.

A mis suegros Terecita y Cuate, que fueron para mí como unos padres, que tienen fe en que voy a salir adelante, les estaré siempre agradecida por hacerme parte de su familia.

A Vicky, porque sin ti nunca hubiera podido lograrlo, por todo el tiempo que diste, por ser buena amiga y por querer como a una madre a mis hijos...gracias.

Agradezco al doctor Alejandro Hinojosa Aguirre, por apoyarme y guiarme en la realización de este trabajo, pero sobre todo, por haber tenido tanta paciencia y comprensión.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	7
II.	OBJETIVO 10	
III.	PROPÓSITO 11	
CAPÍTULO 1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO		
	Crecimiento	12
	Desarrollo	15
	Dominios del desarrollo	17
	Principios y problemas del desarrollo	18
	Áreas del desarrollo	19
CAPÍTULO 2. EL NIÑO. SU DESARROLLO INTELECTUAL Y PSICOLÓGICO SEGÚN DIFERENTES TEORÍAS		
	Teorías Psicodinámicas	22
	Teoría Psicosexual de Freud	23
	Teoría Psicosocial de Erickson	25
	Perspectiva cognoscitiva	30
	Teoría cognoscitiva de Piaget	31
	Etapas o períodos del desarrollo adaptativo de Piaget	31
CAPÍTULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS EN DIFERENTES EDADES		
	Recién nacido	34
	Un año	38
	Dos años	40
	Tres años	41
	Cuatro años	42
	Cinco años	43
	Seis años	44

Siete años	44
Ocho años	46
Nueve años a doce años	47
Doce a dieciocho años	48
CAPÍTULO 4. REACCIONES EMOCIONALES EN LOS NIÑOS	
La modulación de la expresión emocional	50
Características de las emociones en los niños	51
Miedo	53
Ansiedad y preocupación	56
Rabia o ira	58
Cariño	60
CAPÍTULO 5. VISITA AL CONSULTORIO DENTAL	
Importancia del triángulo de la atención	
Odontopediátrica	62
Factores que influyen en la conducta del niño durante su atención odontológica	63
CAPÍTULO 6. CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	
Paciente colaborador	70
Paciente no colaborador	71
Paciente cooperador potencial	71
Escala de Puntuación del comportamiento de Frankl	74
CAPÍTULO 7. CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	
Control del conducta	75
Clasificación de las técnicas de control de la conducta	76
Técnicas de comunicación	77
Lenguaje pediátrico	79
Distracción	80

Decir, mostrar, hacer	81
Control de voz	82
Ludoterapia	83
Técnicas de modificación de la conducta	84
Generalidades de aprendizaje	85
Criterios para cambiar una conducta	86
Expectativas, prejuicios o imagen previa	87
Refuerzo	87
Elogio	88
Desensibilización	89
Imitación o modelado	91
Técnicas de enfoque físico	92
Bloques de mordida, abrebocas	95
Mano sobre boca	95
Inmovilización médica por parte del profesional	97
Control físico mediante dispositivos específicos	98
Conclusiones	100
Fuentes de información	101

I. INTRODUCCIÓN

La odontología pediátrica satisface un propósito muy especial con respecto de las especialidades odontológicas, pues está orientada hacia la salud dental integral e ininterrumpida de un grupo muy especial - los niños - .

Para un clínico que trabaja con seres humanos en pleno período de cambios, es importante plantearse cuáles son los móviles, cuál es la motivación de estos cambios. El proceso de crecimiento no es solo un avance continuamente agradable, existe un precio para cada adquisición, por ejemplo: el desarrollo motor enriquece las posibilidades de exploración y contacto, pero al mismo tiempo posibilita traumas y accidentes; el desarrollo intelectual permite anticipar con agrado situaciones positivas futuras y también preocuparse por este futuro no siempre claro.

Las nuevas adquisiciones del niño atraen y amenazan, se le verá oscilar entre progreso y retroceso, sentimientos mezclados de querer cambiar (neofilia) y temor a los cambios (neofobia), una situación que acompañará al hombre durante toda la vida.

Durante todo este proceso están ocurriendo acontecimientos mezclados de crecimiento y desarrollo, de madurez y aprendizaje. Si el crecimiento es cuantitativo el desarrollo es cualitativo, con la maduración en el sentido de aparición de capacidades, que éstas se apliquen y perfeccionen implica un proceso de aprendizaje. La interacción del individuo con su ambiente, ocurre siempre como una forma indispensable de adaptación.

Para que el aprendizaje ocurra, debe estar la infraestructura de la maduración obtenida por el crecimiento y el desarrollo; por ejemplo, es imposible enseñar a caminar a un niño hasta que éste no haya madurado los sistemas necesarios para dicha práctica: sus reflejos neuromusculares, su sentido del equilibrio y su capacidad para adaptarse con rapidez a cambios como resultado de su desplazamiento espacial.

Para el dentista es importante recordar que el niño no está a veces preparado, no tiene madurez suficiente para determinados aprendizajes, como por ejemplo introducirlo gradualmente en las experiencias odontológicas como enseñar cepillado o controlar un hábito.

Desde que el niño entra en la consulta, es necesario no solo establecer una empatía con él, sino también emplear las técnicas de control de conducta adecuadas, esto es, que nos permita establecer una buena comunicación con el niño, ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento, explicar al niño y a los padres los aspectos positivos de los cuidados dentales., proporcionar un ambiente relajado y cómodo y realizar el tratamiento de la manera más satisfactoria posible.

El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para que su actitud sea positiva frente a nuestro 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 la habilidad del profesional; sin embargo, algunos requieren una atención especial.

Al examinar la forma en que se desarrolla un niño, desde el momento de la concepción hasta los primeros años de adolescencia, podemos aprender mucho más acerca de nosotros mismos así como de nuestro prójimo. El solo hecho de saber quiénes somos y cómo llegamos a serlo puede brindarnos la esperanza de crear un mundo mejor. Con el simple hecho de aprender cómo responden los niños a las influencias que los rodean, seremos capaces de ofrecerles una mejor educación, un mejor ambiente de hogar y una mejor iniciación en la vida. Así, estarán ellos mejor equipados para realizar su potencial individual y para ayudar a la sociedad a realizar el suyo propio.

II. OBJETIVO

Determinar el nivel de maduración será el propósito de la descripción de las áreas del desarrollo, sin cuyo conocimiento resulta difícil modular las acciones y conductas requeridas del odontólogo cuando éste debe interactuar con un paciente infantil.

Es por eso que mencionaré conceptos básicos, como en qué consiste el crecimiento y desarrollo, teorías de diferentes autores sobre el desarrollo psicológico, características de los niños en diferentes etapas, las diferentes reacciones emocionales que se dan en los niños; para que podamos entender el papel que desempeña el niño, los padres y el odontólogo en el momento de la atención dental, así también se mencionará la clasificación de las técnicas control de conducta para que podamos utilizar la correcta o más apropiada para cada niño que llega al consultorio.

III. PROPÓSITO

El recién nacido tiene muchas insuficiencias al ser dado a luz; su propia complejidad es determinante y en eso es diferente al producto de otros mamíferos. Los cambios y adaptaciones que presentará en los primeros días y semanas son de tal magnitud que se convertirá en un individuo lleno de capacidades, exploraciones, emociones y de esfuerzos tenaces, que muestra desde temprano una personalidad que le ubica y define en su constelación familiar.

A pesar de todas las variaciones, avances y regresiones temporarias, el desarrollo continúa como un grupo de espirales ascendentes que mantienen entre sí un cierto paralelismo. Cada área del desarrollo representa un punto que avanza en esas espirales, de menor a mayor complejidad, de una manera deseablemente armónica para el desarrollo integral de la persona.

Las metas del estudio del desarrollo humano son describir, explicar, predecir y modificar la conducta humana, de acuerdo con esas metas se han presentando teorías acerca de por qué la gente se desarrolla como lo hace.

El propósito de esta revisión es resumir algunos aspectos del desarrollo del niño, en especial aquéllos relevantes para el odontopediatra y el odontólogo general; observar cómo se producen cambios en cantidad y calidad, la velocidad de la adquisición de rasgos y conductas, las secuencias del desarrollo que se darán durante la infancia y adolescencia.

CAPÍTULO 1

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Crecimiento

Se entiende por crecimiento el aumento de las dimensiones del cuerpo cuyo progreso es susceptible de ser valorado numéricamente y cuya base reside en la multiplicación y el aumento de tamaño individual de las células; es pues una noción eminentemente anatómica, un fenómeno cuantitativo y tiene como resultado que el individuo sea alto o bajo en estatura, grueso o delgado.¹¹

Se manifiesta como un proceso que transcurre de manera continua desde la concepción hasta la madurez. A pesar de que su velocidad no es siempre la misma, los incrementos que se observan se presentan en períodos que pueden predecirse con suficiente exactitud.¹¹

Crecimiento y desarrollo físico se hallan muy entrelazados, de tal manera que se hace imposible hablar de cada uno de ellos por separado sin que al mismo tiempo esté implícito el otro.¹¹

El desarrollo físico implica, diferenciación celular con adquisición de nuevas funciones, unido al incremento de la estructura tanto orgánica como funcional a través de un proceso de maduración progresiva, es un elemento fundamentalmente fisiológico y determina que el individuo sea capaz de sentarse, ponerse de pie, correr y hablar.¹¹

El crecimiento y el desarrollo físicos son procesos multifactoriales en los que participan factores genéticos, nutricionales y medioambientales (físicos y psicológicos). La alteración de cualquiera de estos factores puede afectar al crecimiento y al desarrollo.²

Los genes tienen la mayor influencia en el tipo de cuerpo, ya sea que sea alto o pequeño, delgado o grueso o en un estado intermedio; sin embargo un niño bien alimentado y bien cuidado crece más y es más pesado que los que han sido alimentados de forma deficiente, también maduran sexualmente a más temprana edad, alcanzan antes la estatura que se espera y los dientes brotan más pronto.¹⁵

El crecimiento desde el nacimiento a la adolescencia se produce según dos patrones diferenciados. El primero (desde el nacimiento hasta alrededor de los 2 años) es de crecimiento rápido, pero en desaceleración. El segundo (desde los 2 años hasta el comienzo de la pubertad) consiste en incrementos anuales más constantes y regulares.²

Talla/longitud.

El crecimiento lineal se mide en longitud (con el niño acostado) hasta los 2 años de edad y como estatura (con el niño en posición erecta) a partir de entonces. De forma característica, el lactante aumenta de longitud en aproximadamente un 30% a los tres meses y más del 50% a la edad de 1 año; la talla se duplica a los 5 años. La velocidad de incremento de la talla continúa decreciendo hasta el comienzo de la pubertad, si esta se retrasa, el crecimiento de la talla puede casi cesar.²

A medida que los niños pequeños crecen en tamaño, la forma del cuerpo también cambia, el tamaño del resto del cuerpo se proporcionaliza con el de la cabeza, la que sigue su proceso en curso hasta alcanzar el tamaño de la cabeza de un adulto.¹⁵

Peso

El lactante duplica su peso de nacimiento a los 5 meses lo triplica a los 12 meses y casi lo cuadruplica a los 2 años. Los incrementos ponderales anuales son casi iguales entre los 2 y 5 años de edad, luego, aumentan poco a poco hasta el comienzo de la pubertad.²

Desarrollo

Se entiende por desarrollo como las formas cuantitativas y cualitativas normales en las que los niños cambian con el paso del tiempo. El cambio cuantitativo incluye cambios como la altura, peso y cantidad de vocabulario, la proliferación de destrezas físicas. El estudio del cambio cualitativo es más complejo debido a que incluye cambios en la naturaleza, como el de la inteligencia; es decir aquellos cambios que distinguen al bebé del niño que empieza a caminar o al que habla de aquel que aún no lo hace; cambios que trazan el crecimiento de la inteligencia, la creatividad, la sociabilidad, la moralidad. Pero aún estos saltos resultan de una serie de pequeños pasos; ningún niño se levanta el día de su sexto cumpleaños pensando y actuando, repentinamente, de una forma totalmente distinta al día anterior¹⁵.

Tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, el desarrollo es un proceso continuo, irreversible y complejo¹⁵.

La ciencia moderna del desarrollo se interesa principalmente por los cambios de comportamiento, es decir, aquello que podemos ver. Hacemos hincapié en los aspectos del cambio que se pueden observar fácilmente en un esfuerzo por aplicar criterios científicos rigurosos a nuestro estudio del niño que está en crecimiento. Por lo tanto, medimos y registramos el crecimiento físico; seguimos el progreso de la expresión emocional; estudiamos el desarrollo del lenguaje desde el sencillo balbuceo de un bebé hasta el habla más madura y gramáticamente correcta¹⁵.

El campo del desarrollo del niño ha evolucionado también, mientras que hace algún tiempo su interés se centraba simplemente en registrar los comportamientos observables y en deducir normas con base en ellos, en la actualidad, los especialistas en desarrollo tratan de explicar la razón por la cual se presentan determinados comportamientos¹⁵.

Muchos factores influyen en el crecimiento y el desarrollo humanos. Estos elementos son parte integral de las diferentes culturas a las que pertenecen todos los niños: el status socioeconómico de su familia, sus antecedentes éticos, su raza, su sexo. El no conocer estos hechos acerca de un niño deja grandes brechas en nuestra comprensión del niño y limita nuestros medios para ayudarle¹⁵.

Dominios del desarrollo

Los científicos del desarrollo hablan por separado acerca del desarrollo físico, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial; sin embargo están entrelazados, a lo largo de la vida cada uno afecta a los otros¹⁴.

El crecimiento del cuerpo en estatura y peso, desarrollo del cerebro, las capacidades sensoriales, las habilidades motoras y la salud forman parte del **desarrollo físico**¹⁴, este sigue dos principios que son el cefalocudal y proximodistal, que se explican más adelante.

El cambio y estabilidad en habilidades mentales como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad constituyen el **desarrollo cognoscitivo**. Sus avances están cercanamente relacionados con el crecimiento físico y emocional, como ejemplo está la habilidad para hablar, que depende del desarrollo físico de la boca y el cerebro.¹⁴

El cambio y la estabilidad en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales constituyen en conjunto el **desarrollo psicosocial** y este puede afectar el funcionamiento cognoscitivo y físico, por ejemplo la ansiedad por presentar una prueba puede afectar el desempeño en ésta.¹⁴

Principios y problemas del desarrollo

Aunque todos los niños pasan a través de las etapas del desarrollo en la misma secuencia y de acuerdo con la misma cronología general, las amplias gamas que existen dentro del desarrollo normal permiten una gran cantidad de diferencias individuales, es decir todos los niños atraviesan por la misma secuencia general de eventos, a pesar de que el tiempo en que se presentan varía mucho entre ellos¹⁵.

“El desarrollo es algo ordenado, no es objeto del azar”

No existe el azar dentro del desarrollo ya que éste sigue un camino muy bien definido.

- SIEMPRE VA DE LOS SIMPLE A LO COMPLEJO. Como el desarrollo del lenguaje.¹⁵
- VA DE LO GENERAL A LO ESPECÍFICO. Las emociones empiezan como un estado global de agitación en el recién nacido y paulatinamente se van diferenciando hacia un amplio repertorio de sentimientos que incluyen amor, odio, temor, ira, etc.¹⁵
- EL DESARROLLO FÍSICO SIGUE LAS REGLAS DEL DESARROLLO CEFALOCAUDAL Y PROXIMODISTAL. De la cabeza hacia los pies, en el cual las partes superiores del cuerpo se desarrollan antes que las inferiores y las del desarrollo proximodistal, en el cual las partes centrales del cuerpo se desarrollan antes que las extremidades.¹⁵

- EL DESARROLLO COGNOSCITIVO TAMBIEN SIGUE UN PATRÓN ORDENADO. Jean Piaget describe las etapas de niveles sensoriomotor, preoperacional, operacional concreto y formal del pensamiento. Aunque la época precisa en que se presentan todas estas fases del desarrollo varía según cada niño, su secuencia es invariable de acuerdo con los principios globales que entran en juego.¹⁵
- LOS DIFERENTES TIPOS DE DESARROLLO SON IMPORTANTES EN LAS DIFERENTES ÉPOCAS DE LA VIDA. El desarrollo motor y físico es más rápido en la infancia; el lenguaje se desarrolla con mayor rapidez en los años preescolares; el desarrollo del pensamiento lógico y de la sociabilidad es más acelerado durante los años de escuela primaria y el sistema reproductivo se desarrolla dramáticamente en la adolescencia.¹⁵

Áreas del desarrollo

Área de conducta motriz. Este campo se encarga de las implicaciones neurológicas, capacidad motriz del niño, el cual es el natural punto de partida en el proceso de madurez.⁴ Fig 1.

Simplificando, la conducta motriz esta compuesta por:

- Ø movimientos corporales
- Ø reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, etc.
- Ø coordinaciones motrices.⁴



Fig. 1 Conducta motriz
td

Área de conducta adaptativa. Esta conducta esta a cargo de las más delicadas adaptaciones sensomotrices ante objetos y situaciones.⁴ Fig. 2.

Comprende los siguientes asuntos:

- Ø Habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos.
- Ø Coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.
- Ø Capacidad de adaptación frente a problemas sencillos.⁴



Fig. 2 Conducta adaptativa^{fd}

El niño se ve obligado a exhibir formas de conducta significativas cuando maneja objetos tan simples como una campanilla de mano. Esto revela los recursos que van apareciendo.⁴

Área de conducta del lenguaje. Se usa el término lenguaje en un sentido amplio, quiere decir, incluyendo toda forma de comunicación visible y audible, también compuesta por imitación y comprensión de lo que expresan otras personas.⁴ Sistemáticamente, estos son sus componentes:

- Ø Comunicación visible y audible: gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones.
- Ø imitación y comprensión
- Ø Lenguaje articulado: función que requiere de un medio social, sin embargo, dependiente de las estructuras corticales y sensomotrices.⁴

Área de conducta personal social. Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el que vive, dichas reacciones son tan múltiples y variadas que parecerían caer fuera del alcance del diagnóstico evolutivo.⁵ En síntesis, sus componentes son:

- Ø Factores intrínsecos del crecimiento: control de la micción y defecación, capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego,
- Ø colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convicciones sociales.⁴

La conducta personal social esta sujeta a un nivel alto de factor subjetivo, pero presenta, dentro de la normalidad, ciertos límites.⁴

CAPITULO 2

El niño. Su desarrollo intelectual y psicológico según las diferentes teorías.

El desarrollo psicológico debe considerarse como una serie de procesos por medio de los cuales las tendencias individuales heredadas genéticamente interactúan con los factores ambientales particulares para modelar el curso de una trayectoria en el comportamiento del niño. Los factores que influyen en el desarrollo psicológico del niño como el temperamento, personalidad y las aptitudes cognitivas, son fruto de esta interacción.³

El comportamiento humano se estudia desde el ámbito de la psicología desde varias perspectivas para explicar los aspectos del desarrollo psicológico (emocional, cognoscitivo y social)³ y las principales teorías o modelos son:

Teorías Psicodinámicas

Tiene que ver con las fuerzas inconscientes que motivan el comportamiento humano.¹⁴

Explican el desarrollo a raíz de las confrontaciones entre el individuo y las exigencias de la sociedad.¹⁴

El individuo debe acomodarse a la sociedad a la vez que satisface los instintos humanos básicos.¹⁵

El niño desarrolla gradualmente un sentido del yo, una identidad con la que juzgar su propio comportamiento¹⁵

Teoría psicosexual de Freud

La vida psíquica es dinámica, son energías que fluyen y se enfrentan. Los seres humanos están motivados por el impulso irracional hacia el placer. Los impulsos son expresión de la libido, que es la fuerza vital o energía psíquica que motiva la conducta humana. Los instintos entran en conflicto con las demandas sociales y lo fuerzan a alterar su comportamiento para ser aceptado.³

Freud vio que la personalidad humana está compuesta por tres elementos:

El ello, está presente en el momento de nacer, es la fuente inconsciente de los motivos y de los deseos, funciona sobre el principio del placer y lucha por la satisfacción inmediata de las necesidades.¹⁴

El yo, que representa la razón o el sentido común, se desarrolla durante el primer año de vida, funciona mediante el principio de la realidad y busca una manera aceptable de lograr la satisfacción, interviene entre el ello y el superyó para proporcionar un equilibrio apropiado.¹⁴

El superyó, que no se desarrolla sino hasta los 4 o 5 años, representa los valores de la sociedad transmitidos por los padres y otros adultos. En gran parte a través de la identificación del niño con el padre del mismo sexo, incorpora los “debes” y “no debes” en el sistema de valores propio del niño.¹⁴

En el pensamiento freudiano, los niños pasan por varias etapas del desarrollo psicosexual durante las cuales la gratificación cambia de una parte del cuerpo a otra, de la boca (etapa oral) al ano (etapa anal) y luego a los genitales (etapa genital). En cada etapa el comportamiento que es la principal fuente de placer cambia, de la alimentación a la eliminación y más tarde al estímulo sexual.¹⁴

Etapas del desarrollo psicosexual

ETAPA ORAL (del nacimiento a los 12 o 18 meses).
La principal fuente de placer del bebé está en las actividades realizadas con la boca como chupar y comer.¹⁴ Fig. 3



Fig. 3 Etapa oral ^{fd}

ETAPA ANAL (12 y 18 meses a los 3 años)
El niño obtiene satisfacción sexual mediante la retención y expulsión de heces. La zona de gratificación es la región anal.¹⁴ Fig. 4.



Fig. 4 Etapa anal ^{fd}

ETAPA FÁLICA O EDIPICA (3 a 5-6 años)
Complejo de Edipo en los niños y complejo de Electra en las niñas. La zona de gratificación cambia a la región genital.¹⁴ Fig. 5



Fig. 5 Etapa fálica ^{fd}

ETAPA DE LATENCIA (6 a 12 años)
Momento de aparente calma comparada con etapas mas turbulentas.¹⁴

ETAPA GENITAL (12 años en adelante)
Momento de sexualidad adulta madura.¹⁴

TEORIA PSICOSOCIAL DE ERIKSON

Un seguimiento de la personalidad a través de la vida, enfatizando las influencias sociales y culturales sobre el yo en cada uno de los ocho periodos.¹⁴ Fig. 6.

1. *Confianza básica vs desconfianza* (nacimiento hasta los 12 o 18 meses). El bebé desarrolla el sentido de si puede confiar en el mundo.¹⁴ La proximidad y la respuesta de los padres contribuyen a desarrollar esa seguridad cuando el entorno afectivo y material responde a las necesidades del bebé, se estima que con esta base el niño será seguro de sí mismo y menos dependiente.⁵

Más que la calidad de alimentos y demostraciones de cariño, es importante la calidad de la relación materna o paterna.⁵

2. *Autonomía vs pena y duda*. (Entre los 12 o 18 meses hasta los 3 años). El niño desarrolla un equilibrio de independencia sobre la duda y la pena.¹⁴

Los niños empiezan a hacer más cosas en forma independiente, desarrollando habilidades físicas y mentales que les dan un cierto mayor control sobre sus propias vidas. Está luchando por su autonomía y si los adultos no mantienen una actitud tranquilizadora y de confianza y no estimulan los esfuerzos para conseguir logros básicos motores y cognitivos, el niño puede avergonzarse y dudar de sus capacidades para manejar situaciones por esfuerzo propio.

El dentista se encuentra involucrado con estas condiciones si atiende niños de estas edades, lo cual parece ser una deseable necesidad, y hay para él mensajes muy claros en cuanto a ser parte del ambiente acogedor y de protección que se requiere para la primera etapa y el apoyo y estímulo para la autonomía necesarios para la segunda.⁵

3. *Iniciativa vs culpa* (de los 3 a los 6 años). El niño desarrolla la iniciativa al intentar cosas nuevas y no se deja abatir por el fracaso.¹⁴

La iniciativa suma a la autonomía la cualidad de búsqueda y planificación de tareas por propio deseo, y con ella el descubrimiento de que algunas actividades están prohibidas, por eso el niño tienen el conflicto entre lo que desea y lo que puede o no hacer.⁵

El desafío de este período es mantener el entusiasmo por hacer cosas, al mismo tiempo que comprender que no todos los impulsos son posibles.⁵

El crecimiento exitoso durante este período requiere confirmación por los adultos, en orden de aceptar sus iniciativas y validar sus contribuciones no importa cuán pequeñas son.⁵

Hay para los dentistas de niños señales importantes en esta etapa, un niño que desea ensayar sus actitudes para ser adulto, para proveer supervisión sin interferencia, para facilitar ensayos asegurando el éxito, sin impedir la prueba autónoma.⁵

Si los niños no pueden hacer nada, hay un sentimiento de culpa, pueden creer que todo lo que desean emprender está mal.⁵

4. *Destreza vs inferioridad* (de los 6 años a la pubertad). El niño debe aprender destrezas de la cultura y enfrentar sentimientos de inferioridad.¹⁴

Empieza a ver la relación entre perseverancia y el placer del trabajo terminado, ahora desean hacer trabajo productivo por sí mismos y están listos para esto física y mentalmente, pero al mismo tiempo sus habilidades serán comparadas con las de otros, en diferentes ambientes, con un sentido creciente de competitividad. Las dificultades ante esos desafíos pueden resultar en sentimientos de inferioridad.⁵

Para la odontopediatría hay instancias en consecuencia a las características de estos períodos, asegurar que el niño tenga oportunidad de tener éxito en metas realistas, como por ejemplo, asignar tareas cortas y fáciles antes de pedir otras más complicadas, un ejemplo de esto es pedir ayuda para que sostenga un eyector, reforzar este logro, pedir un movimiento en determinada dirección para hacer la eyección más eficiente, y reconocer cooperación.⁵

En general la secuencia para incentivar la productividad está en dar oportunidad para un objeto posible, permitir ejercicios de independencia y responsabilidad y dar mayor apoyo cuando el niño parezca desalentado, ya sea para el cepillado, como para tolerar una sesión de odontología restauradora.⁵

5. *Identidad vs confusión de identidad* (de la pubertad a la temprana edad adulta). El adolescente debe determinar su propio sentido del yo.¹⁴

Esta crisis, se inicia en edades con grandes diferencias debidas al sexo y otras determinantes socio-culturales. Así sus fronteras de inicio y término son menos definidas. El niño ha llegado hasta aquí con las otras crisis resueltas de un modo u otro y pueden ahora servir como fundamento en la búsqueda de identidad.⁵

Un sentimiento básico de confianza ha preparado al niño para tener fe en personas e ideas, un sentido firme de autonomía , le da al adolescente el coraje para decidir libremente sobre su propia carrera y estilo de vida, la iniciativa le ha dado modos de ensayar roles adultos y un fuerte sentimiento de ser competente y productivo, de creer en sus habilidades para hacer una contribución valiosa a la sociedad.⁵

El asunto central en la adolescencia es el desarrollo de una identidad que provea una base sólida para la vida adulta, hemos venido desarrollando un sentido de individualidad desde la infancia, pero es en esta etapa cuando se observa el primer esfuerzo consciente para responder una pregunta importante ¿quién soy?.⁵

En todos estos aspectos, el dentista de niños, una figura del mundo adulto que puede gravitar en el desarrollo de los pacientes a sus cuidados, debe tener noción y así estar consciente de las profundas demandas de cada crisis, para servir de apoyo y ayuda.⁵

6. *Intimidad vs aislamiento* (temprana edad adulta). La persona busca comprometerse con otras, si fracasa, puede sufrir un sentimiento de aislamiento y de absorción en si misma.¹⁴
7. *Productividad vs estancamiento* (edad adulta intermedia). El adulto maduro se preocupa por consolidar y guiar a la siguiente generación o de lo contrario siente empobrecimiento personal.¹⁴
8. *Integridad vs desesperanza* (vejez) La persona de edad avanzada logra un sentido de aceptación de su propia vida, bien sea aceptando la muerte o por el contrario cayendo en la desesperanza.¹⁴



Fig. 6 Desarrollo psicosocial de Erikson⁴

Perspectiva cognoscitiva

Se concentra en los procesos del pensamiento y en la conducta que refleja esos procesos.¹⁵

Teoría cognoscitiva de Piaget

Este modelo amplía el estudio del comportamiento más allá de los límites de las reacciones conductuales a los estímulos externos (conductistas), y da más relevancia a la actividad exclusivamente humana, el pensamiento. Presta especial atención a los procesos internos mediante los cuales los individuos interpretan los eventos externos y planean la respuesta a éstos.¹⁸

Según Piaget, el núcleo de la conducta inteligente es una habilidad innata para adaptarse al medio ambiente. Los niños crean a partir de sus capacidades sensoriales, motrices y reflejas para aprender de su mundo y para actuar en él. Debido a que se involucran en miles de actividades diarias como ver, escuchar, sentir, tocar, moverse, aprenden de la experiencia y desarrollan estructuras cognoscitivas más complejas.¹⁸

Pero, ¿cómo ocurre este conocimiento cognoscitivo? Mediante un proceso de dos pasos para recibir nueva información sobre el mundo y cambiar las ideas propias e incluir el nuevo conocimiento, a través de tres principios interrelacionados conocidos como invariantes funcionales que se heredan, funcionan en todas las etapas del desarrollo y afectan todas las interacciones con el medio ambiente y son:

La organización. La integración de esquemas en un sistema de orden superior como el mirar y agarrar, en el niño funcionan independientemente al principio, pero los bebés organizan estos dos esquemas integrándolos eventualmente dentro de un sistema de orden superior en el cual miran un objeto al mismo tiempo que lo agarran.¹⁴

Adaptación. Procesos complementarios de asimilación y acomodación como cuando un niño utiliza diferentes movimientos de la boca para chupar el biberón después de que ha sido alimentado con el seno.¹⁴

Equilibrio. Es el esfuerzo por encontrar el punto medio, los protege de ser abrumados por nuevas experiencias y por nueva información y de ir más allá en un intento de acomodarse a un ambiente que cambia rápidamente.¹⁴

Etapas o periodos del desarrollo adaptativo de Piaget

Ø Sensoriomotor (del nacimiento a los 2 años).

Compromete seis estados desde el nacimiento a los 24 meses, el niño practica sus reflejos, repitiendo sensaciones placenteras hasta obtener coordinación mano-boca (1-4 meses). Fig. 7. La repetición de eventos, como manipulación madurará en coordinación oculomotora, esto es, ver y tomar, en los próximos cuatro meses. Fig. 8. La experimentación activa permite organizar relaciones causales entre el año y año y medio, para luego, entre el año y medio y los dos años, inventar maneras de solucionar problemas (subir a una silla para alcanzar un objeto).⁵



Fig 7 Periodo sensoriomotor⁴



Fig. 8 Coordinación oculo-motora⁴

∅ Preoperacional (de los 2 a los 7 años).

El niño “tantea” representación de símbolos unidos a los objetos, hasta tener un pensamiento preconceptual que permite usar símbolos mentales para pasado y futuro. El razonamiento es egocéntrico e ilógico. No existen los principios de conservación de volumen, de número de masa.⁵ Fig. 9.



Fig. 9 Pensamiento preoperacional⁴

∅ Operaciones concretas (de los 7 a los 12 años)

El niño puede solucionar problemas de manera lógica, si estos se concentran en el aquí y en el ahora. Puede realizar operaciones mentales con objetos, conservando el volumen, la masa y el peso.⁵ Fig.10



Fig. 10 Niña de 10 años en etapa de operaciones concretas^{fd}

Ø Operaciones formales (de los 12 años a la edad adulta).

La persona puede pensar en términos abstractos y tratar con situaciones hipotéticas. Se preocupara por el futuro y lo remoto.¹⁵

Para el odontólogo es particularmente interesante profundizar en aquellas edades frecuentes en su consulta, dos a cuatro años, en el período preoperacional. A los dos años el niño ha adquirido dominio muscular para desplazarse y mucha de sus satisfacciones son de este orden, tienen mentalidad motriz, varias habilidades constructivas, su percepción del ambiente es suficiente como para ajustarse a pautas domésticas, “ayudar” a poner la mesa como ejemplo.⁵

Un año más tarde, a los tres, ha aumentado enormemente su comprensión semántica y demuestra discriminación verbal y perceptual, ha aprendido algunos movimientos finos como para cuidar sumariamente su aseo personal; por lo tanto, es posible formar en él hábitos de higiene bucal.⁵

El dentista tiene que recordar que su modalidad de pensamiento es más mágica que lógica, sus conceptos son causales y no casuales, lo cual explica el fenómeno de animismo presente en esta edad, en que atribuye vida e intenciones a los objetos como ejemplo “silla – mala” si se ha golpeado con ella.⁵

CAPITULO 3

Características de los niños en diferentes edades

Recién nacido. El tamaño de del bebé se relaciona con factores como la raza, el sexo, el tamaño de los padres y la nutrición y salud de madre. El bebé tiene características distintivas como cabeza grande, ojos grandes adormilados, nariz pequeña y mentón hendido (lo que hace mas fácil amamantar) y mejillas gordas.¹⁴

Los recién nacidos son muy pálidos, tienen un recubrimiento de color rosado debido a que su piel es tan delgada que escasamente cubre los vasos capilares. Algunos neonatos son muy peludos, debido a que algo de lanugo o vello lanoso prenatal, no se ha caído aún. Todos los bebés están cubiertos con vernix caseosa, una protección grasosa contra la infección que se seca en unos cuantos días.¹⁴

El sueño domina el período neonatal, sin embargo, no duermen en períodos prolongados, se despiertan cada 2 o 3 horas, de tal manera que su días consisten en intervalos de sueño y períodos de conciencia más cortos.

Viene dotado de reflejos que sirven de base para su adaptación. El llanto del recién nacido, que va acompañado de movimientos de brazos y piernas es un reflejo, una respuesta automática que le permite comunicar que está incómodo, tiene hambre, sueño o frío.⁷



Fig. 11 Reflejo de prensión ^{fd}

Presenta el reflejo de prensión, cuando colocamos en la palma de su mano un objeto y el niño cierra la mano y aprieta el objeto con sus dedos, el cual le servirá de base para coger y manipular objetos; también presenta el reflejo de chupeteo que ejercita cada vez que come.⁷ Fig. 11.

Al mes y medio sonríe, mueve los brazos y piernas con fuerza y, si está boca abajo, puede sostener la cabeza unos momentos, dibujos en blando y negro.⁷ Fig 12.



Fig 12 Niño de 1 mes ^{fd}

A los dos meses, puede ver con claridad su propia mano. Ya responde con ruiditos a las palabras, canciones o juegos de sus papás.⁷ **A los tres meses**, ahora el bebé es capaz de ver un objeto, alcanzarlo y tocarlo, todo al mismo tiempo. Reacciona con temor frente a estímulos bruscos intensos y con relajamiento placentero ante estímulos suaves, rítmicos y afectuosos.⁷

A los cuatro meses, el bebe tiene más desarrollo de los sentidos y al mayor control de movimientos. Ahora ya puede tomar un objeto con la palma de la mano.⁷ Fig. 13.



Fig.13 Niño con control de movimientos^{fd}

A los cinco meses, el bebé empieza a aprender a sentarse. Aprende a soltar un objeto y entonces puede pasar las cosas de una mano a otra; además de tocar le gusta meterse a la boca lo que encuentra, es otra manera de conocer las cosas.⁷

A los seis meses el bebé descubre que puede moverse de un lado a otro. **A los siete meses**, su espalda es más fuerte y ya no necesita los brazos como apoyo para sentarse. Le gusta verse en el espejo y también los juegos de imitación, copiar acciones, gestos y sonidos.⁷

En esta etapa aprende algo muy importante para el desarrollo de su mente: que un objeto no deja de existir por estar escondido y porque no lo pueda ver en ese momento. Su memoria se está ejercitando.⁷

A los ocho meses, empieza a poder levantarse en caso de que se caiga. Un nuevo avance es que separa los dedos pulgar e índice y los usa en forma de pinza para tomar objetos pequeños, lo que es un signo de inteligencia. El bebé se entusiasma explorando el mundo con los dedos, los usa para investigar las caras de las personas, mete el dedo en la boca, la nariz o las orejas. En este período también aprende a gatear, otro paso hacia su independencia.⁷ Fig. 14.



Fig. 14. Niño explorando el mundo con las manos. ^{fd}

A los nueve meses, cualquier cosa le sirve para sostenerse y ponerse de pie, puede trasladarse de un lado a otro.⁷ **A los diez meses**, intenta guardar objetos en distintos recipientes.⁷ Fig.15



Fig. 15 Niño guardando objetos. ^{fd}

1 año

Dentro de este trimestre pasa por caminar con y sin ayuda, se sienta por si mismo, construye torres de 3 cubos.⁷ Da palmadas y hace señales de despedida, colabora al vestirlo.³

Utiliza lenguaje simbólico (habilidad para producir sonidos o gestos que son reproducibles).³ Es importante en esta etapa que le hablemos con naturalidad, claramente y sin gritos, pues el niño aprende imitando el lenguaje de las gentes que le rodean.⁷

No le gusta esperar, muy rara vez obedece a una orden verbal y a menudo aparecen rabietas y negativismo. "No" es la palabra favorita del niño. Inicia el control de esfínteres.⁷

Hace uso de unas 15 a 20 palabras, aunque puede entender más palabras que las que puede decir.

El control de sus piernas, brazos y manos le permite realizar tareas sencillas como el comer con una cuchara, sentarse en la mesa y lavarse las manos, siempre y cuando una persona mayor lo ayude, pues en esta etapa el niño todavía depende del adulto, por eso no le gusta estar solo.⁷ Fig. 16.

Es capaz de manifestar cariño por las personas que lo atienden, distingue entre personas conocidas y desconocidas, demostrando desconfianza ante los extraños y actitudes de afecto y gusto ante las personas que conoce, le agrada ser reconocido en sus progresos de conducta social.⁷

Algo importante es que ahora es capaz de saber lo que va a suceder, pues ya tiene capacidad de relacionar una actividad con un objeto o con una persona, este nuevo logro le permitirá sentir más seguridad en el medio, siempre y cuando las personas que lo rodean actúen de una manera consistente, sin cambios bruscos y sin contradicciones.⁷

Además muestra interés por las cosas que le rodean, tanto en la realidad como en imágenes de los libros o revistas en que aparecen muchos dibujos. No solo se conforma con verlos, sino que puede identificar y decir el nombre de algunas cosas que aparecen en ellos.⁷

Todo lo anterior lo podemos aprovechar nosotros como odontólogos para tener más opciones para comunicarnos con el niño, como mostrar dibujos o cuentos donde aparece el dentista, de la importancia de lavarse los dientes etc.³

Sugerencias de actuación en los tratamientos odontológicos: Dar órdenes y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles.³



Fig. 16 Niño de 1 año con mayor habilidad en las manos.^{fd}

Segundo año

Aumento del desarrollo motor, sube escaleras con apoyo, corre y salta. Se sienta solo en una silla, hace garabatos, ayuda a vestirse y desvestirse, utiliza el índice y el pulgar con precisión para tomar objetos pequeños, come sin ayuda, le gusta hacer las cosas solo.¹

Presenta un marcado desarrollo del lenguaje. La amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras, utiliza “yo”, “tú”, “mío”, construye frases de 2 palabras, además de intuirse una organización de las respuestas, puede hablar de personas, seres y objetos que no tenga.¹

Puede esperar períodos cortos y tolerar, si es necesario, alguna frustración temporal. Tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios, esto explica el sufrimiento ante la separación de los padres.⁵

Es muy rígido e inflexible, quiere todo tal como lo espera. Se muestra muy dominante y exigente y expresa las emociones de forma violenta. Resulta difícil la comunicación con él.⁷

Con los niños de 2 años hay que emplear técnicas cortas y simples. Fig.17.



Fig. 17 Niña de 2 años en consultorio dental ².

Tercer año

Empieza a comunicar y razonar. La comprensión del habla es del 70-80% y puede construir frases de 3 palabras. A pesar de su acelerado desarrollo en el lenguaje su pensamiento es más rápido que su capacidad para expresarse. Eso hace que a veces se desespere por no poder explicar lo que piensa, pudiendo aparecer cierto tartamudeo. Le encanta hablar, usar nuevas palabras y se complace en ayudar a mamá y papá en pequeñas tareas.⁷

Le gusta tanto dar como quitar. Quiere crecer y a la vez continuar siendo niño. Edad conocida como de “yo también” y la edad de la imitación, le gusta hacer amigos y se muestra muy susceptible al elogio. Es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. El miedo a la separación de los padres disminuye a esta edad y pueden afrontar nuevas situaciones.⁵

Trata de complacer a los adultos y adaptarse a las normas y reglas que le indican. Empieza a formarse un concepto de lo que considera “bueno y malo” y poco a poco va haciendo suyas las normas de la familia.⁷

Se interesa por saber qué diferencia hay entre los niños y las niñas, entre papá y mamá y distingue características y actitudes femeninas y masculinas que le ayudarán a identificarse con los modelos de su propio sexo.⁷ Fig 18.

Sugerencias de actuación en los tratamientos: Hay que facilitar cualquier rutina y debemos evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas. Las órdenes deben ser sencillas y resulta muy positivo alabar toda conducta positiva. El niño necesita gran comprensión, paciencia y afecto.³



Fig. 18 Niña de 3 años ^{fd}

Cuarto año

Es una etapa de dominio y manejo del lenguaje y ajuste a las exigencias sociales.⁷ La actividad y dominio que ha logrado sobre su cuerpo lo impulsan a ejercitar el movimiento sin límite, patear, cachar, lanzar, armar y desarmar cosas, ahora empieza a conocer algunas de las funciones del cuerpo.⁷

Les gusta discutir la autoridad de los padres, sobre todo cuando no se le ha explicado la razón de alguna orden o prohibición.⁷

Es un gran halagador, afirma con seguridad y discute con vehemencia, explicando sus argumentos que pueden ser débiles para el adulto pero son importantes para el niño. La figura del padre va adquiriendo mayor importancia y la madre sigue siendo el centro de su mundo, sus padres son importantes para él y los toma como modelo en sus juegos e imitaciones.⁷

En esta etapa el niño realiza sus hábitos de limpieza y adopta normas sociales y morales que copia de los adultos que lo rodean.⁷ Se viste y desviste solo, esto implica que ha logrado un nuevo aprendizaje, vestirse, calzarse y realizar tareas que le enseñan los adultos. Se puede bañar solo, lavarse los dientes y ayudar en pequeñas tareas de la casa.⁷

Su pensamiento es de tipo práctico, define las cosas por la utilidad que tienen para él. Agrupa objetos por una de sus características como el color, la forma y el tamaño.⁷

A esta edad el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de su padres relativamente sin traumas.¹

Sugerencias de actuación para el tratamiento: se necesita firmeza en el trato, pero se pueden utilizar más los razonamientos.¹ Fig. 19.



Fig. 19 Mostrar firmeza en el trato y razonamientos.⁴

Quinto año.

Su lenguaje se vuelve más correcto y pierde las características infantiles. Sus preguntas son más complejas y él mismo es capaz de plantear la respuesta.⁸

Puede empezar a leer y a escribir, está llegando a la fase final del período de la infancia y se prepara para pasar a la etapa escolar.⁸

Ya es capaz de trepar árboles, dar saltos tomando impulso, correr distancias más largas, caminar sobre una viga, llevar el ritmo de la música.⁸

Empieza a buscar a personas ajenas a la familia. Es cada vez más sociable, disfruta de la escuela y le encanta jugar con otros niños.⁸ Fig. 20.



Fig. 20. A los 5 años disfruta jugar con otros niños.^{fd}

Casi todos los niños preescolares juegan a ser otra persona y por lo general eligen un personaje adulto como actores, médicos, policías, algún héroe de los libros o de la televisión; este tipo de juegos no aleja al niño de la realidad, sino lo ayuda a integrar su pensamiento.⁸

Se considera una buena edad para las visitas dentales; el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado. No demasiado exigente.¹

Sugerencias de actuación en los tratamientos: utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios.³ Fig.21.



Fig. 21 Niño de 5 años que se muestra confiado y estable.⁴

Seis años

El niño está ansioso por aprender. Desaparece gran parte del egocentrismo que lo mantenía vinculado a sus ideas.³

El niño está cambiado, hay predominio de rabietas violentas y de constantes cúspides de tensión. No se puede adaptar, los demás se deben adaptar a él. No puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, y además requiere de muchos elogios.¹

En esta etapa el lenguaje está definitivamente fijado el desarrollo intelectual es muy marcado.³

Reconoce y comprende el dolor, algo muy importante para nuestro trabajo.³

Sugerencias de actuación para el tratamiento: Necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas.¹Fig 22.



Fig. 22 Las explicaciones ayudan a la adaptación del paciente.⁴

Siete años

El niño de siete años atraviesa prolongados períodos de clama y de concentración, durante los cuales elabora interiormente sus impresiones, abstraído del mundo exterior. Es una edad de asimilación, una época en que sedimenta la experiencia acumulada y se relacionan las experiencias nuevas con las antiguas.⁹

Sus sentimientos necesitan nueva y sutil consideración, porque es propenso a sumirse en estados contemplativos durante los cuales ordena sus impresiones subjetivas.⁹

Se aprecian nuevos indicios de capacidad crítica y de razonamiento, se toma tiempo para pensar, le interesan las conclusiones y los desarrollos lógicos. Se puede razonar con él, aún en situaciones éticas, cargadas de emoción.⁹

Utiliza el lenguaje con mayor libertad y adaptación, no sólo para establecer relaciones, sino también para hacer comentarios circunstanciales sobre todo aquello que tiene entre manos.⁹

Comienza a adquirir la capacidad de colocarse en el lugar de la otra persona o de incorporar a sí mismo la experiencia de otra persona.⁹

Muchos temores antes sin resolver encuentran solución ahora: el temor al sillón del dentista, el temor a nadar con la cara bajo el agua, tiene mejor dominio de estas situaciones, sabe lo que hace el dentista y que puede levantar la mano si siente dolor, puede contener la respiración bajo el agua etc.⁹

Sugerencias de actuación en los tratamientos: Es común que el niño se muestre como un cobarde agresivo y que tenga grandes temores a las lesiones en el cuerpo. Necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas. Es importante también en esta fase ajustar nuestra actitud y lenguaje al nivel intelectual del niño.²

Ocho años.

El niño tiene tendencia a valorar todo lo que sucede y lo que le sucede por su causa. Comienza a parecer más maduro incluso en su aspecto físico. Sutiles cambios en las proporciones corporales presagian ya los cambios más marcados que advendrán con la pubertad⁹

Es mas afecto a los juegos bruscos y desordenados, su ritmo psicomotor se ha apresurado. Quiere hablar, leer, escribir a velocidad máxima. A los ocho años, alcanzamos un nivel de madurez en el cual los dos sexos comienzan a separarse.⁹

Espera el elogio y lo solicita, pero no quiere que sus limitaciones sean objeto de bromas. Es una edad de gran desarrollo intelectual, es expansivo y rápido.⁹

Por sobre todo, comienza a verse a sí mismo más claramente como una persona entre personas, obrando, participando y gozando de la vida.⁹

Reboza de impaciencia, especialmente consigo mismo, y quiere que las cosas se hagan en seguida, todo lo dramatiza.⁹

Sugerencias de conducta durante los tratamientos: tener más en cuenta su nivel intelectual, pero mantener la firmeza. Fig. 23.



Fig. 23. Tomar en cuenta su nivel intelectual.^{fd}

Nueve a doce años.

Muy independiente y confiado en sí mismo. La actitud frente a la familia sigue modificándose y está más interesado en los amigos que en la propia familia.¹

Va adaptándose al trabajo en equipo y crecen sus responsabilidades personales en distintos aspectos, como la higiene y las tareas escolares.³

A los 10 años es amistoso, positivista e íntegro, flexible, sincero y muy obediente. Generalmente se trata de una edad de equilibrio predecible y cómodo.¹⁰

Sugerencias de actuación en los tratamientos: No criticar demasiado y no mostrar demasiada autoridad. Permitir al niño que sea responsable de su conducta.¹

A los 11 años destaca la preocupación por ideales y por la moral, así como la creencia en la justicia. Sabe trabajar en equipo, se interesa por la higiene personal.¹ Fig. 24.



Fig. 24. Trabaja en equipo. ^{fd}

Sugerencias de actuación en los tratamientos: Hacer que los niños se sientan tratados con justicia. Tratar de interesarle lo más posible.¹

Doce a los dieciocho años.

La adolescencia es una fase particular en el desarrollo de la personalidad, pudiéndose considerar una etapa de crisis psicosocial normal con conflictos mayores. Es la última fase de la transición de la niñez hacia la edad adulta.³

Se producen un determinado número de modificaciones que llegan inesperadamente en esta etapa de la vida, unas de ellas morfológicas, como la transformación corporal; otras instintivas, como el despertar de las necesidades sexuales; el rechazo de las ideas establecidas e inconformidad con la sociedad en la cual vive, narcisismo y necesidad de estimación, timidez búsqueda de originalidad.³

En el ámbito intelectual el adolescente continúa su desarrollo, y en la adolescencia media y tardía es capaz de realizar tareas intelectuales muy refinadas.

El razonamiento operativo formal y la capacidad de almacenar información en la memoria después de percibirla son los sellos distintivos de la maduración de la capacidad cognoscitiva en los adolescentes.³

En el aspecto emocional aparece una gran búsqueda de la identidad y presenta un temor especial a ser etiquetado diferente.³

Se incrementa la preocupación por la estética dentofacial.³ Fig.24 y 25.



Fig. 24 y 25. Hay más preocupación por la higiene personal.^{fd}

Sugerencias de actuación en los tratamientos: Debe disminuir la función de los padres en el cuidado dental en el hogar y poner énfasis en la responsabilidad del adolescente para cumplir con su propio programa de salud bucal.

Evitar tratarlo con autoridad. No utilizar la crítica ni entrar en discusiones, compartir los tratamientos con ellos y hacerles partícipes de las decisiones. Guiarles hacia lo que es conveniente para ellos sin que se sientan guiados.³

CAPÍTULO 4

Reacciones emocionales en los niños

La modulación de la expresión emocional.

Los cambios de la expresión en la emoción tienen su base en la maduración del individuo y el aprendizaje que éste efectúa. El papel de la maduración se hace evidente al reconocer al sistema nervioso y desarrollo endócrino como determinantes de la capacidad de responder emocionalmente.⁵

El desarrollo de las glándulas endocrinas afecta igualmente, pues el niño pequeño carece en forma relativa de productos endócrinos responsables del estrés. Después del nacimiento las glándulas suprarrenales, que juegan un papel importante en la activación de las emociones, disminuyen de tamaño, para recuperarlo rápidamente hacia los cinco años, el tamaño se estabiliza para acelerarse con el brote prepuberal, con los cambios consecuentes de secreción y su influencia en los estados emocionales de infancia y adolescencia.⁵

El aprendizaje determina la forma como se expresan las emociones. La conducta emocional provoca necesariamente respuestas en el entorno social del niño, algunas serán aceptadas, otras premiadas y otras suprimidas con grados variables de firmeza. En cualquier caso se producirá una adaptación del niño a las formas de expresión emocional aceptables para su grupo social de referencia.⁵

Características de las emociones en los niños

Hay varias diferencias notables entre las emociones de los niños pequeños y aquellas de los adolescentes y adultos, las hay incluso entre niños menores y mayores. La comprensión de este hecho evitará al adulto considerar las respuestas infantiles como inmaduros y castigarlos por no comportarse “como deberían”.

Para el odontólogo es imperativo conocer los rasgos que caracterizan a la emoción ya que de otro modo podría involucrarse emocionalmente y en ese mismo momento perder gran parte del control de la situación.⁵

Ø **Brevedad**

Normalmente, las emociones del niño pequeño son de corta duración, unos pocos minutos, terminando bruscamente. Cuando un niño expresa su emoción se “desahoga” en breve plazo. En la medida que reconocer la restricción de la presión social, refrena la manifestación y se producen estados de ánimos más duraderos, en vez de crisis bruscas y cortas.⁵

Ø **Intensidad**

Las crisis del niño carecen de proporción entre el estímulo y la respuesta, lo que a veces constituye una fuerte sorpresa para los adultos.⁵

Ø **Transitoriedad**

Hay cambios rápidos de un estado a otro opuesto (crisis de llanto y risa con los ojos aún llenos de lágrimas). Éstos parecen incomprensibles para el adulto, a menos que se piense en el rápido desgaste de una emoción, el poco margen de atención que explica la distracción fácil y el insuficiente desarrollo intelectual sin el cual no hay comprensión total del estímulo o la situación.⁵

Ø **Frecuencia**

Si la emoción está presente en casi todas las actividades, no siempre se exteriorizan en el adulto, éste ha aprendido que la crisis conlleva alguna forma de castigo social, por eso las controlan. El niño menor reacciona inicialmente todas las veces posibles.⁵

Ø Visibilidad

La emotividad del niño se manifiesta visiblemente en la atención, la inquietud, los movimientos constantes, los sueños, dificultades de lenguaje, llanto, obstinación etc.⁵

Siempre hay interacción entre el ser y su medio, por lo tanto las emociones cambian en fuerza y forma. En la medida que el niño crece se va modificando la manifestación emocional. El niño pequeño, si desea algo, lo quiere inmediatamente, sin considerar lo que vale o significa, si es peligroso para él o para los otros, si no lo obtiene se enfada con los llantos o patalea. Si se asusta, llora, grita, se esconde o corre; si está contento, baila, ríe, aunque otros puedan pensar que se regocija de la desgracia ajena.⁵

Los padres, la sociedad, enseñan a los niños a adaptar formas socialmente aceptables de conductas.⁵ Fig. 26.



Fig. 26. Los padres enseñan a sus hijos formas de conducta.^{fd}

Las circunstancias que inducen reacciones emocionales son cada vez más complejas con el progreso del desarrollo psicológico, desde aquellas tan primarias que parecen ser genéticas a otras relativamente elaboradas por el individuo y con múltiples contactos con el ambiente. A continuación se mencionan las más relevantes para el odontólogo, con el fin de señalar la oportunidad que éste tiene de disminuir, estimular o modificar su expresión.⁵

Miedo

Es la reacción ante una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor. Tiene 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 pueden analizarse desde un punto de vista evolutivo. 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.³

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 (conciencia de las capacidades y límites de cada uno), a la vez que es un indicador de la mejor comprensión del entorno y sus peligros.³

Podemos distinguir entre miedo objetivo y subjetivo:

Miedo objetivo: Es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia, por lo tanto resulta de la verdadera experiencia (miedo aprendido); como ejemplo un niño que ha padecido una experiencia difícil o dolorosa en un consultorio médico u odontológico.³

Miedo subjetivo: Es aquel que se basa en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas al niño por quienes le rodean, sin necesidad de que el niño haya padecido el incidente. Entonces, es el resultado de una asociación de ideas, de la imaginación, de la inseguridad en relación con una situación poco habitual; como un niño que padece de temor al dentista por la sugerencia de padres, alumnos y compañeros del colegio.³

Lo que asusta a un niño depende, además de la edad, de un amplio número de factores como la presión social que se ejerce sobre los niños y las niñas, el ambiente, el aprendizaje y la valoración sociocultural del entorno del niño.⁵

Se puede resumir la evolución de los temores según la edad:

- Ø Primera infancia. Ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, lugares y objetos extraños, lugares altos, soledad, dolor.⁵ Fig. 27.



Fig.27. Miedo en la primera infancia.^{fd}

- Ø Periodo preescolar. Periodo máximo de temores específicos como a los médicos, dentistas, policías, fantasmas, esqueletos, “el coco”.⁵

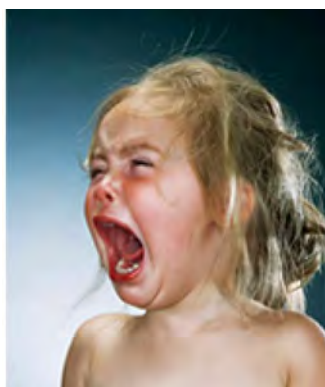


Fig. 28. Miedo en período preescolar.^{fd}

- Ø Período preescolar tardío. La oscuridad, quedarse solo, a lo imaginario y sobrenatural.⁵

- Ø Período escolar. Además del temor a lo imaginario, hay temor a los elementos naturales (truenos, rayos). Daño corporal, al ridículo, los fracasos, a la pérdida de imagen y deterioro de la autoestima.⁵

Las formas de respuestas del miedo depende del desarrollo emocional del niño, en un niño menor de tres años, la respuesta al miedo es típicamente de desvalimiento, el llanto del niño solicita ayuda, éste se esconde, oculta la cara y se aparta de todo lo que puede del estímulo , ya sea gateando o andando o escondiéndose tras una persona u objeto, hasta que el peligro pasa, o él lo crea así.⁵

Con la edad, las conductas manifiestas quedan ocultas como resultado de la presión social. Puede cesar el llanto exagerado y las actividades motoras masivas, pero se perfeccionan las expresiones faciales a los tres años y medio, el niño se protege diciendo “No” o evitando las cosas que lo atemorizan. Los niños mayores no sólo inhiben el impulso de representar conductualmente el miedo sino que se aparta de la situación con rechazo, que asume a veces la forma de pataleta.⁵

El dentista debe reconocer, sin embargo, que la respuesta del niño al miedo-estímulo puede varias ampliamente debido a la condición de cansancio, inseguridad, enfermedad, entre otras, del niño en el momento.⁵

Ansiedad y preocupación

La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales; responde a un problema subjetivo.¹

Es una sensación muy molesta, ante un mal indefinido, que se compensa con maniobras de ocultamiento, dormir sin estar cansado, mantenerse ocupado para no pensar, recurrir a escape mediante fantasías, o regresando a formas más tempranas de conducta, que se pueden observar en pleno tratamiento odontológico.³

La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y por eso los niños tienen más tendencia a sentir ansiedad.³

Hablamos 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, como la visita al dentista,³ 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.⁵

Sin embargo cuando las respuestas de los niños lejos de ser adaptativas se convierten, por su sobredimensión en exageradas y problemáticas, hablamos de ansiedad patológica y no guarda relación con el peligro que supuestamente la provoca, además continúa incluso después de que haya desaparecido el peligro. Este tipo de ansiedad es una barrera de cara a los tratamientos odontológico.³

Existe la posibilidad de que el niño aprenda estrategias negativas para manejar su ansiedad y escaparse de la situación dental manipulando a sus padres, son niños que saben que gritando, llorando, desobedeciendo, no siguiendo instrucciones o pataleando van a despertar sentimientos de compasión, frustración, vergüenza o de fracaso en los padres y se “escaparán” sin recibir el tratamiento que necesitan.³ Fig. 29.



Fig. 29. Ansiedad en niños pequeños.⁴

En consecuencia el papel del dentista es de educar al paciente infantil a mejorar su ansiedad y ajustarla en un nivel adecuado, nivel diferente para cada niño y para cada ocasión.¹

El control de la ansiedad por medio de técnicas reductoras se ha probado en diferentes edades estimándose que estas deben aplicarse sobre todo en los períodos preparatorios de cada sesión de tratamiento.

El dentista debe saber que los momentos más ansiogénicos o atemorizantes son aquellos usados para maniobras preparatorias como lavarse las manos, encender la lámpara, solicitudes a la auxiliar, movimientos de instrumental, por eso se recomienda tener todo preparado antes de llamar al niño y seleccionar con cuidado las palabras usadas durante el tratamiento.⁵

La preocupación es una forma imaginaria de miedo que a diferencia del auténtico, no es provocada por un estímulo directo o real, pudiendo derivar de situaciones imaginarias que pueden representar amenaza a futuro. Por lo tanto, para que la preocupación exista tiene que haber un desarrollo intelectual que la haga posible, el imaginar anticipadamente una situación probable. Por eso en niños pequeños no se observa preocupación, no así en niños de edad escolar. Responde a problemas objetivos (sacar malas notas, ser mordido por un perro).⁵

El miedo y la ansiedad durante los tratamientos dentales impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante, resultados insatisfactorios.³

Rabia o ira

El bloqueo de actividades en progreso, el impedimento de planes, deseos y propósitos del niño e irritaciones acumuladas son causa frecuente de este tipo de conducta. Se suma a esto el pronto descubrimiento que la rabia constituye un excelente modo de llamar la atención y satisfacer deseos.⁵

En la primera infancia los niños responden con explosiones de ira si se les atrapa ambas manos, puede parecer exagerado que se ponga rojo de indignación ante algo tan trivial, excepto al recordar que en esta etapa la principal tarea del desarrollo es la coordinación muscular y es ésta la que está siendo restringida. Las respuestas ante la ira son el llanto, gritar, patear y retorcer el cuerpo, las explosiones son violentas y breves.⁵

El preescolar y escolar son más destructivos que el niño pequeño, la duración de la pataleta puede ser sostenida, además de violenta y no vacilará en dar golpes o mordiscos; si no puede alcanzar a la persona o cosa identificada como responsable, añade nuevos elementos como tirarse al suelo, tirarse el pelo o contener la respiración. En los siguientes años puede agregar expresiones verbales que posteriormente reemplazará a las respuestas motoras.⁵

El dentista debe recordar, con pacientes de esta edad, que tratarlos como “llorón” o “cobarde”, puede resultar en un alejamiento de la colaboración, por ira, manifiesta o no, violenta o no, pero en todo caso una barrera para la comprensión humana.⁵ Fig. 30



Fig. 30. Respetar la dignidad del paciente infantil.⁴

Los niños mayores siguen peleándose, dando patadas, gritando o haciéndose los rudos con los más pequeños, pero poco a poco van intercalando respuestas con mejor aceptación social, puede castigar con indiferencia y silencio o se descarga la ira con objetos, otros manifiestan su emoción sintiéndose heridos, haciéndose las víctimas, con autocompasión, amenazando con irse o infligiéndose dolor físico.⁵

Respuestas que en resumen constituyen tipos impulsivos (agresión) o inhibidos (represión), según la educación, por ejemplo la disciplina, actitudes parentales, uso de grupo social, entre otras.

Cariño

Esta es una relación emocional dirigida hacia una persona, animal o cosa, indicando una consideración especial, amistad y deseo de ayudar. Como en otras emociones, el aprendizaje juega un papel importante, estableciéndose por la experiencia, un complejo de empatía, una relación recíproca, con algunas personas significativas de su ambiente.⁵ Fig. 31.

Hacia los cinco meses el cariño es indiscriminado hacia cualquier persona que demuestre afecto, empezando a existir preferencias a los seis meses. En donde se comporta cariñosamente con sus familiares y con algún miedo a extraños. La forma de expresión es con la mirada fija y hace un pequeño pataleo con alzamiento de brazos, los cuales son agitados, sonrío, transmite un mensaje inequívoco de ser tomado y abrazado.⁵



Fig 31 Relación emocional hacia una persona.^{fd}

Durante el segundo año se incluye a si mismo, a sus juguetes y otras posesiones. Expresa cariño incontroladamente, besa, acaricia, igual como hace con juguetes favoritos, a los cuales lleva a todos lados y manipula afectuosamente.⁵

Hacia el cuarto año la independencia en formación permite establecer relaciones de cariño con otros, considerados como amigos.⁵ El mayor control en esta edad hace que se sienten incómodos ante formas de cariño muy evidentes, prefiere comunicarse intercambiando objetos, jugar en conjunto, hay sin embargo, explosiones de afecto, sobre todo cuando está contento.⁵

El factor más importante es que los niños necesitan afecto, en una forma apropiada a su fase de desarrollo. El dentista debe de conocer cuáles son estas.⁵

El niño de año y medio puede aceptar un cariño explícito, siempre y cuando éste sea legítimo. La demostración de interés por las actividades, vestimenta y posiciones de un niño de cuatro a cinco años, es deseable para un ser que está en el proceso de individualización y que quiere sea reconocido su derecho a ser persona aparte. El niño mayor de seis años no acepta por lo general las expresiones “exageradas” de cariño, incluso en su vocabulario, expresa su cariño y admiración sobriamente, sin embargo busca aprobación o aceptación a su manera de actuar, ya que el elogio es un estímulo necesario a quien está en el proceso de hacer cosas por sí mismo

CAPÍTULO 5

VISITA AL CONSULTORIO DENTAL

Importancia del triángulo de la atención odontopediátrica

Una diferencia fundamental entre el tratamiento de los adultos y el de los niños es el tipo de relación que se establece. Mientras en los adultos la relación es de persona-persona, entre el odontólogo y el paciente, en los niños es de personas-personas(s), es decir, del odontólogo con el paciente o de aquél con los padres o encargados del cuidado del niño, ha esta relación le llamamos “triángulo de atención odontopediátrica”.¹³

En este triángulo el niño figura en el vértice del triángulo, representando el foco de atención tanto de la familia como del personal de la consulta odontológica.¹³

Puesto que en todas las personas ocurren cambios de manera constante debe recordarse que la relación entre los extremos del triángulo (niño, familia y personal de la consulta) es dinámica y cambiante, la comunicación es recíproca.¹³ Fig. 32.

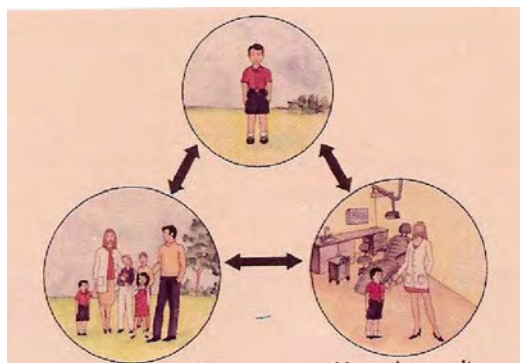


Fig. 32 Triángulo de atención odontopediátrica.⁴

Factores que influyen en la conducta del niño durante su atención odontológica

Edad, sexo, raza y coeficiente intelectual

No existen muchos estudios que correlacionen el coeficiente intelectual con la ansiedad, el miedo y la colaboración en el ámbito dental. Parece que los niños con un coeficiente intelectual más bajo y aquellos superdotados con un coeficiente intelectual muy alto son los que sienten más miedo hacia la odontología.³ Fig. 33.



Fig.33 Niño con coeficiente intelectual bajo.^{fd}

Al parecer existe una relación entre edad, ansiedad y conducta en el ámbito dental, es lógico que en términos generales los niños más pequeños presenten más ansiedad en el ámbito dental. A medida de que crecen y maduran tienden a presentar conductas más apropiadas, mayor colaboración y menos miedos.¹

No parecen en contraste en el mundo occidental diferencias en miedos hacia la odontología más marcadas en uno u otro sexo.³

Resulta extremadamente difícil establecer si existen diferencias entre grupos culturales en los que existen patrones distintos de educación y de costumbres, incluso la comparación de razas dentro de una misma cultura o país es difícil, puesto que las condiciones y las presiones sociales sobre cada grupo no acostumbran a ser las mismas.

Hora y duración de la consulta

Las visitas no deben ser demasiado largas, sobre todo en los niños más pequeños. Se consideran visitas cortas aquellas que duran menos de 30 min; el tiempo de atención que se puede ofrecer es realmente corto y parece razonable suponer que con visitas largas las posibilidades de perder la cooperación aumentan.³

El grado de atención que un niño puede prestar durante una visita larga depende más de la personalidad individual de cada niño que del factor edad.¹

Las visitas por la mañana son preferibles a las visitas por la tarde en niños de corta edad, ya que por la mañana no están tan cansados como por la tarde y pueden ofrecer mayor rendimiento. Además el profesional esta menos cansado y por ello más preparado para enfrentarse a conductas negativas. A medida que los niños se van haciendo mayores, la hora de la visita va dejando de ser un factor importante.³

Actitud de la familia

Se cree en la importancia de la transmisión de los miedos y las actitudes de los padres a lo niños. Miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación. Los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas.¹

Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. La odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia el niño. Llevarlo al odontólogo jamás debe implicar castigo.¹

Actitud de los padres

Los padres moldean la conducta de sus hijos, desde el momento en que nacen, por medio de un refuerzo y un rechazo selectivos ante unos comportamientos específicos, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que les consienten, al menos en los primeros años de vida los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer.¹³

A pesar de la importancia reconocida del papel de los padres en el triángulo de atención odontológico y de la necesidad de conseguir su colaboración, no existe mucha información sobre el trato de los padres del niño, por ese motivo Wright, Starkey y Gardner describieron las actitudes problemáticas de los padres, detectadas en la práctica odontológica y sugirieron unas estrategias de abordaje.¹³ Fig. 34



Fig. 34. La presencia de los padres debe ser negociada frente a sus aspectos positivos y negativos.⁴

Ø Padres que protegen en exceso al niño

Esta actitud impide con frecuencia una evolución natural hacia la independencia y puede tener su origen en numerosos factores 1) en una experiencia previa que amenazó la vida de su hijo, 2) en que uno de los padres fue educado en un hogar donde faltaba cariño y amor, 3) en problemas familiares, 4) en algún trastorno psicológico en uno de los padres, que origina una relación de dependencia anormal con respecto al niño.¹³

Los padres con una protección excesiva se sienten satisfechos cuando se les señala que su hijo no tiene miedo y que es importante que se establezca una relación entre él y el odontólogo.¹³

Ø Padres manipuladores

Se manifiestan por una actitud de demanda exagerada. Aunque en un principio estas demandas pueden centrarse en la hora de la visita, también pueden ampliarse hasta pretender orientar el diagnóstico y el tratamiento del niño, el odontólogo ha de ser capaz de manejar la situación y al padre que muestre esta actitud.¹³

Con los padres manipuladores deberá establecerse un diálogo que les haga entrar en razón.¹³

Ø Padres hostiles

Los padres que dudan de la necesidad de un tratamiento muestran este tipo de conducta. No es sólo una cuestión de desconocimiento, sino que se enfrentan al problema con desconfianza y pueden tener su origen en las siguientes circunstancias: 1) penosas experiencias anteriores en la consulta odontológica, 2) actitud negativa ante todos los profesionales de la salud, 3) sensación de inseguridad en un ambiente que les es extraño, 4) conceptos equivocados sobre la odontología.¹³

El odontólogo debe de tener paciencia con estos padres, puesto que en ocasiones ocurre que sencillamente no entienden el tratamiento, por otro lado si persiste la actitud negativa, el odontólogo puede reconocer la existencia de una falta de comunicación y preguntar al padre si alguien le ha ofendido de alguna manera, después lo más frecuente es que se establezca una relación mucho más suave entre el padre y el odontólogo.¹³

Ø Padres negligentes

Se descubren ante el incumplimiento repetido de las citas, porque no llaman para pedir hora o porque no cumplen ni supervisan los programas de higiene ni los hábitos de su hijo. Algunos padres no

están concientizados de las ventajas de una adecuada higiene oral, otros reconocen la importancia para sus hijos, pero son descuidados y están muy ocupados con su trabajo cotidiano para dar prioridad al odontólogo.¹³

El odontólogo debe informales sobre los objetivos a conseguir a largo plazo y averiguar si los objetivos de los padres son similares, al evitar esta discusión la situación empeora. Hay que proyectar sobre ellos una sensación de tolerancia y de preocupación.¹³

Ansiedad materna

Se ha encontrado una relación significativa entre la ansiedad de las madres y el comportamiento colaborador del niño en la primera visita odontológica. Las madres muy ansiosas tienden a afectar de modo negativo el comportamiento de sus hijos, en especial en los menores de 4 años. Fig. 35. El hecho tiene explicación si se considera que la simbiosis estrecha del hijo con la madre comienza en a lactancia y disminuye de manera gradual con el paso del tiempo.¹³



Fig. 35 La ansiedad de la madre puede afectar el comportamiento del niño.⁴

Experiencias previas (antecedentes médico-dentales)

Experiencias previas negativas siempre suponen una dificultad adicional para conseguir la colaboración de los niños. La información máxima de experiencias negativas anteriores nos ayuda a enfocar los tratamientos.³

El dolor experimentado por el niño en visitas médicas previas hay que considerarlo dentro de los antecedentes médicos. Ese dolor puede ser moderado o intenso, real o imaginario, cualquiera que sea, se ha comprobado que la opinión de los padres sobre el dolor que experimentó su hijo en otra visita, influye en el comportamiento actual del niño en la consulta odontológica.³

Influencia de la escuela

Los niños que asisten a escuelas tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo experiencias que no obtienen aquellos que son confiados en su hogar hasta la edad escolar. La mayor socialización que esto presenta, la necesaria adaptación a un medio diferente, la negociación de nuevos roles dentro del grupo, el intercambio de información, hace que, por lo general, sea más fácil para el dentista examinar estos niños; por otra parte, la imagen del dentista para el preescolar, de existir, es positiva. Los compañeros de curso han sido sometidos a tratamientos preventivos o de dificultad menor y esta experiencia es relatada al grupo.⁵

Durante la educación básica, la información es de otra índole, ya que la acción del odontólogo suele representar, y a veces exclusivamente, extracciones y tratamientos de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles escalofriantes a un auditorio muy atento.

Si esta es la primera noticia sobre odontología, es natural que en este caso el niño tenga una imagen negativa del dentista y está en manos de éste presentar la otra cara de la profesión.⁵

Conocimiento del problema dental

Algunos niños acuden a la cita con el odontólogo sabiendo que presentan ya algún problema en los dientes, este puede ser crónico y grave, como un absceso dental o simple. Cuando el niño sabe que padece un problema dental tiende a presentar un comportamiento negativo durante la primera visita, a veces es el resultado de un temor transmitido por uno de los padres. Ante la importancia de este factor el odontólogo debe explicar a los padres la importancia de realizar una primera visita odontológica antes de que aparezcan problemas dentales en el niño.¹³

Presencia de los padres durante el tratamiento dental

Para los niños más pequeños de 2 o 3 años, la presencia de la madre o el padre representa una gran ayuda, pues les trasmite seguridad. Sin embargo, conforme el niño crece, la presencia de los padres resulta menos importante e incluso puede influir negativamente y deteriorar el contacto entre el profesional y el niño. También influye cuanto nerviosismo, inseguridad, y tensión presente la madre o el padre; por el contrario si los padres muestran seguridad y calma, es probable que el niño reaccione de forma similar.¹³

Se sugiere que la madre permanezca en la sala de espera por las siguientes razones:

- Ø La madre repite con frecuencia las órdenes del odontólogo lo cual supone una molestia tanto para éste como para el niño.
- Ø La madre introduce las órdenes dadas por el odontólogo y se convierte en una barrera que impide la aparición de una relación entre este y el niño.
- Ø El odontólogo es incapaz de usar una entonación adecuada de la voz en presencia de la madre o padre, pues se podrían sentirse ofendidos.
- Ø El niño divide la atención entre la madre y el odontólogo.
- Ø El odontólogo también divide su atención entre la madre y el niño.¹³

Sin embargo debe tenerse en cuenta que muchos odontólogos que separan a la madre de su hijo en la visita, hacen excepciones, por ejemplo cuando existe alguna incapacidad por parte del niño para comunicarse con el odontólogo, otra excepción es la edad, los niños muy pequeños que no tienen comprensión y comunicación completa, presentan una estrecha relación simbiótica con los padres y por lo tanto es mejor que los acompañen.¹³

El odontólogo debe adoptar una línea de conducta a seguir, notificarla al personal de la consulta y asumir la responsabilidad de entrenarlo en las correspondientes estrategias. También tendrá que explicar esta línea de conducta a cualquiera de los padres que acompañen al niño.¹³

CAPITULO 6

CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICO

Existen numerosos sistemas para clasificar el comportamiento del niño en el ambiente odontológico; para el dentista resulta útil poder categorizar objetivamente las conductas que los niños presentan en la consulta; éstas pueden observarse desde los primeros contactos y ser debidamente evaluadas, le orienta sobre el método más adecuado para tratar al paciente, le proporciona un medio para registrar de modo sistemático el comportamiento de sus pacientes y le ayuda en la valoración de las investigaciones actuales.

Sin esta fase habrá una tendencia a aplicar métodos rígidos, una especie de "bolsa de trucos" que podría o no resultar efectivos.¹³

La clasificación clínica del niño de Wright establece tres categorías:

- Colaborador
- No colaborador
- Colaborador en potencia¹³

Colaborador

Estos pacientes están, por lo general, razonablemente relajados, con un mínimo de temor, entusiastas en ocasiones, estableciendo con el dentista una rápida y fácil comunicación, su capacidad de adaptación les permite cumplir con los requerimientos de las acciones clínicas. Fig. 36. El paciente cooperador puede, en consecuencia, ser atendido de manera franca y eficiente.⁵ Al establecer unas normas generales de conducta, cumplen con lo que se había previsto de antemano.¹³



Fig. 36 Paciente colaborador⁴

No colaborador

Se incluyen los niños muy pequeños con los que no es posible establecer comunicación ni esperar que nos entiendan. Otro grupo de niños son aquellos que presentan alguna enfermedad específica que les incapacita o debilita y que les impide colaborar del modo acostumbrado.¹³ Fig.37.



Fig 37. Paciente no colaborador.⁴

Cooperadores potenciales

Estos pacientes se dice que presentan un problema de comportamiento, la diferencia con los no cooperadores, es que estos si tienen la capacidad para colaborar y por lo tanto su conducta puede ser modificada favorablemente. Algunas manifestaciones típicas en este grupo son descritas a continuación:

- a) *Conducta incontrolada.* Suele observarse en niños menores, entre tres y seis años, con ocasión de su primera visita al dentista; la reacción, en forma de "pataleta", puede empezar en la sala de espera o incluso antes que el niño llegue a la consulta.⁵

Se caracteriza por lágrimas, llanto fuerte, movimientos bruscos de brazos y piernas, tirarse al suelo y resistir intentos por pararlo. Reacciones características de miedo o ansiedad aguda, este estado causa una regresión del niño a formas más infantiles de conducta.⁵

Hay tres acciones que el dentista debe efectuar frente a un problema de esta naturaleza: **el niño debe ser retirado de la sala de espera tan pronto como sea posible**, ya que la conducta negativa puede generar una reacción en cadena en los otros niños; después, **los movimientos del niño deben detenerse, ya que puede haber daño para sí mismo o el equipamiento**; y, finalmente, debe **establecerse una vía de comunicación**; si eso no se logra, es imposible explicar los procedimientos.⁵

- b) *Conducta desafiante*. Puede estar presente en niños de diversas edades, pero es más típica en aquellos de edad escolar, con expresiones tales como "no quiero", "vete". Suelen reaccionar de igual modo en su casa, puede que los padres no tengan una disciplina adecuada.⁵

Una actitud firme y clara por parte del dentista suele tener resultados dramáticos. Al desafiar la autoridad del dentista, el niño demuestra cierto valor. Con técnicas adecuadas ese coraje puede ser redirigido a las necesidades del tratamiento odontológico.⁵

- c) *Resistencia pasiva*. Es otra forma de desafío, la cual se observa con más frecuencia en niños mayores, aproximándose a la adolescencia; ellos suelen tener, como es lógico, una mayor autonomía para elegir vestimenta o expresar sus preferencias; si son forzados a la situación de estar en la consulta, pueden rebelarse. La resistencia pasiva, niño sentado en el sillón, tenso, con la boca cerrada evitando la mirada y rehusando hablar o responder, puede ser un problema difícil.⁵

Se requiere comprensión de su conducta y establecer una vía de comunicación reconociendo sus causales.⁵

- d) *Timidez*. Es ésta una forma leve de negativismo que manejada erróneamente puede pasar a conducta incontrolada. Sus manifestaciones pueden ser sutiles y más difíciles de describir. Se esconden tras su mamá, sin embargo, no resisten demasiado cuando se les separa, su expresión facial es inestable, a veces hacen gestos de autodefensa, suelen aguantar las lágrimas. Hay muchas razones para explicar esta forma de conducta, sobreprotección en el hogar, falta de contacto social, etc.⁵

El temperamento en la forma de timidez, puede ser un factor en el desarrollo de miedo a la odontología y puede ser que no se manifieste en problemas de conducta en el consultorio.⁵

El dentista debe proveer: **seguridad**. El niño necesita más confianza en sí mismo y en el nuevo adulto que enfrenta, con explicaciones y demostraciones reiteradas, porque las personas ansiosas no entienden mucho de lo que se les dice.⁵

- e) *Cooperador tenso*. Es ésta una situación en donde observamos conductas negativas y positivas, los niños aceptan el tratamiento pero hay varios signos corporales que delatan tensión: se sigue los movimientos del dentista con los ojos, hay temblor en la voz, transpiración en las manos, cejas y labio superior.⁵

Es fácil equivocarse con un niño así; si el dentista, muy ocupado o poco observador, no hace un diagnóstico de la situación, el paciente, aunque acepte el tratamiento, tendrá una mala imagen del odontólogo desde el punto de vista de la sensibilidad y la empatía.⁵

Otro sistema es la llamada Escala de Puntuación del comportamiento de Frankl, en la cual se divide el comportamiento observado en cuatro categorías que van desde las muy positivas a las muy negativas.¹³

Puntuación 1. Muy negativo. El niño rehúsa el tratamiento, grita, forcejea, tiene miedo o presentan cualquier otro signo extremo de negación.¹³

Puntuación 2. Negativo. El niño es reacio a aceptar el tratamiento, no colabora y muestra signos de actitud negativa, pero sin manifestarlo con palabras, es Huraño y retraído.¹³

Puntuación 3. Positivo. El niño acepta el tratamiento, es cauteloso, pero muestra voluntad para colaborar con el odontólogo y sigue sus instrucciones.¹³

Puntuación 4. Muy positivo. El niño muestra una buena relación con el odontólogo, se interesa por las técnicas odontológicas, ríe y se lo pasa bien.¹³

Aunque este método ha tenido gran popularidad en el campo de la investigación, en la consulta odontológica también es muy útil, pues permite disponer de un registro breve para describir el comportamiento del niño. A los niños que muestran un comportamiento colaborador positivo se les identifica anotando + ò ++, y a los niños con comportamiento no colaborador con – ò =. Sin embargo cuando se coloque un signo ante el comportamiento del niño el odontólogo de cualificar y describir la reacción observada, por ejemplo “-, miedo”, para describir mejor el problema.¹³

Para practicar odontología en niños es tanto o más necesario que el dominio de las técnicas clínicas, un conocimiento de la conducta del niño en la consulta y de los modos de enfrentarla para conservar u obtener cooperación; es necesario tener un listado de recomendaciones y sugerencias que tienen en común el objetivo de suprimir resistencia y disminuir temor, conseguir por parte del niño una actitud favorable.⁵

CAPITULO 7

CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

Uno de los aspectos más importantes en odontopediatría es el control de conducta, pues sin cooperación por parte del niño no es posible realizar con éxito su tratamiento dental, de ahí la importancia de comprender su conducta y la de los padres que le acompañan.³

El principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para que su actitud sea positiva frente a nuestro 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 la habilidad del profesional, sin embargo algunos requieren una atención especial. Desde el momento en el que el niño entra al consultorio, es necesario no sólo establecer una empatía con él, sino emplear las técnicas de control de conducta adecuadas.³

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.³ Básicamente los objetivos del control de conducta serían:

- ü Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.⁵
- ü Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental.⁵
- ü Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.⁵
- ü Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.⁵
- ü Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.⁵

Clasificación de las técnicas de control de la conducta

No es preciso improvisar métodos para controlar la conducta. Hay una variedad de técnicas y de recursos ya documentados, los cuales ayudan de manera fiable al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad.¹

1. Técnicas de comunicación.¹
2. Técnicas de modificación de la conducta.¹
3. Técnicas de enfoque físico.¹

No hay que olvidar la necesidad de una comunicación entre el clínico y los padres, pues cada vez tienen más importancia aspectos como el consentimiento informado y la participación más activa de éstos.³

La conducta no cooperativa y la excesiva ansiedad no permiten llevar a cabo los tratamientos de forma adecuada; la experiencia, el tiempo y el conocimiento de las técnicas de control de conducta ayudan a mejorar las habilidades del clínico y otorgan seguridad y autoconfianza, lo cual es fundamental para la relación con el niño potencialmente difícil.¹

Tampoco hay que olvidar el estrés del odontólogo ante determinadas conductas del niño y del acompañante que interfieren en el tratamiento, principalmente en aquellos casos de una resistencia moderada más que grave, pues esta última es más fácilmente reconocible y permite una auto preparación psicológica para su control. Por ese motivo es de gran ayuda conocer las diferentes repuestas cognitivas y conductuales que permitirán la aplicación de las distintas técnicas para realizar nuestro trabajo.³

Técnicas de comunicación

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal, como establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona. Fig.38. La conversación debe ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades.³



Fig. 38. Comunicación con contacto visual.⁴

Es importante que cada uno de los miembros del equipo conozca su papel en este primer contacto; generalmente el asistente hablará con el niño durante su estancia en la recepción y a la espera del dentista, pero ya con el dentista el asistente ocupará un papel pasivo, pues es importante que la comunicación sea sólo en una dirección, para no confundir al niño.³

Es interesante conocer al niño antes de tenerlo sentado en el sillón dental. Los padres pueden informarnos acerca de lo que el niño sabe sobre temas odontológicos, experiencias previas, hospitalizaciones o sobre si tiene miedo al médico.¹

También nos orientará observarlo en la sala de espera nos puede ayudar a saber qué tipo de actitud va a tomar luego. La valoración de la actividad motora del niño refleja su respuesta frente a una nueva situación, pues una mayor actividad puede considerarse un marcador de seguridad y de menor desconfianza, es muy distinto que el niño esté tomado a la mano de la madre o que esté jugando tranquilamente separado de ella.³

Por otra parte, no hay duda de la influencia de los padres en el nivel de ansiedad de los niños en la consulta; en ocasiones, la observación de la actitud de un padre en la consulta nos dará una pista de la conducta a esperar en el niño.¹

Es importante que el niño establezca una conversación con el clínico, durante ésta nuestro mensaje debe ser claro y adecuado a la edad del paciente para que se comprenda fácilmente. Debemos de escuchar sus dudas y responder de manera adecuada, pues así reforzamos su confianza y seguridad, ya que por el contrario una respuesta inapropiada sería expresar desagrado o enfado ante un niño ansioso en su primera visita una vez que esté lo suficientemente relajado para establecer una conversación, el clínico puede proceder a una ordenada explicación de los procedimientos.¹ Fig 39.



Fig. 39 Evaluación mutua.⁴

Puede programarse una visita preliminar consistente en llevar al niño a consulta dental para realizar un recorrido y una orientación. De antemano se explica al paciente que ese día absolutamente nada se llevará a cabo. El niño tiene la oportunidad de un primer contacto, de conocer a la(s) asistente(s) y al odontólogo. Todo ello sirve de preparación psicológica para la primera visita a la clínica dental, proporciona familiarización del niño con el ámbito dental y ayuda a mitigar miedos y ansiedades. Actualmente, las experiencias previas a las citas no se usan mucho por limitaciones de tiempo del odontólogo y de los padres.¹

Lenguaje pediátrico

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo, debe ser un lenguaje que pueda entender, hay que elegir objetos y situaciones familiares y explicar las cosas de forma que las entiendan, pero no engañar o mentir con las explicaciones.³

En general, es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad, confundir al niño, lograr que no nos crea y crearle confusión.³

Si puede ser, es interesante dejar al niño que lleve la conversación. Con niños pequeños está indicado añadir algo de fantasía a la conversación.¹

Se debe tener la precaución de no utilizar un lenguaje ofensivo que ellos puedan interpretar como un lenguaje para niños más pequeños. A la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso, lo cual les permite distraerse y no pensar en los procedimientos dentales.¹

Si los niños preguntan cosas, hay que tratar de responderles directamente. No obstante, hay que vigilar que no nos pregunten cosas para retrasar procedimientos.¹

Es importante pronunciar las palabras despacio y claramente, para que el niño pueda entenderlas. Hay que dar pocas instrucciones cada vez, el niño no puede responder a muchas instrucciones en corto espacio de tiempo y, además, éstas han de ser claras y razonables.¹

Deben evitarse palabras que puedan inspirar miedo en el niño. Muchos de los miedos de los niños no son por el procedimiento en sí, sino por la intranquilidad que produce la connotación de ciertas palabras. Las palabras que sustituirán a las palabras técnicas se modificarán según la edad del paciente, cada profesional puede llevar a cabo su propia selección.¹

Hay que realizar pequeñas adaptaciones en el lenguaje para niños de distintas edades. Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado. No vamos a utilizar las mismas palabras para describir un procedimiento a un niño de 6 años que a un adolescente.¹

Algunos ejemplos de este lenguaje pediátrico son los siguientes:

Radiografía: fotografía
Equipo radiográfico: cámara
Turbina: cepillo especial
Amalgama: gorro de plata
Dique de hule: portería o vestido

Distracción

Se puede definir como un elemento activo y que al igual que el lenguaje pediátrico, 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 para la anestesia ¿cómo va tu equipo de fútbol?, ¿qué vas a hacer estas vacaciones?, ¿qué deporte practicas en tu escuela?, siempre intentando captar su atención, con niños mas pequeños se pueden utilizar juegos.³

Decir, mostrar y hacer

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente por tell-show-do (TSD). Habitualmente se conoce por la técnica del «diga-muestre-haga» o de la triple E «explique-enseñe-ejecute».¹

Desde su introducción por Addelston en 1957 esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de conducta. Se basa en una recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.³

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera: 1) decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier maniobra, con el fin de reducir la ansiedad y el miedo; 2) mostrar al niño exactamente cómo se a llevar a cabo la técnica, y 3) efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.³ Fig. 40.



Fig. 40 Uso del espejo por el paciente para visualizar decir-mostrar-hacer.⁴

Ejemplo de toma de radiografía.

Ésta es la película para la foto (película de rayos X) y ésta es la cámara (unidad de rayos X), y así es cómo tomamos la foto (muéstrelo colocando el cabezal de rayos X sobre usted mismo o una asistente sin tomar realmente la radiografía y tomar la radiografía).¹

Otro ejemplo de profilaxis con copa de goma.

Decir: Voy a limpiar tus dientes con este cepillo especial (copa de goma en micromotor con baja velocidad), tú puedes ver que cuando aprieto este botón gira y con la pasta dejará tus dientes limpios.

Mostrar: Puedes, si quieres, tocar este cepillo que es blando y si me dejas tu mano verás que puede dar vueltas y es agradable.

Hacer: Ahora deja que limpie tus dientes, gracias.³

La técnica es sencilla y casi siempre útil para tener éxito, este procedimiento se debe efectuar de manera que se pase de un estadio al otro sin interrupción, y ha de ser continuo desde que el niño entra en la consulta dental hasta que sale de ella. A medida que un nuevo instrumento, un nuevo procedimiento o una nueva persona son introducidos, la técnica de la triple E debe ser usada para orientar al niño gradualmente en la manifestación de los estímulos que provocan ansiedad.¹

Evidentemente, al utilizar esta técnica debe cuidarse mucho el tipo de lenguaje que se usa, la selección de las palabras es importante en la técnica de «decir, mostrar y hacer». El éxito estriba en que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender.¹

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 están muy establecidas.³

Con esta técnica, el odontólogo adopta una actitud autoritaria. Está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, tratándose generalmente de una rabieta.¹

Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones. Es más importante el tono de voz en sí que lo que se dice en concreto.¹

La expresión facial del profesional debe acompañar al cambio del tono de voz. No deben transmitirse mensajes distintos, uno de forma verbal y otro de forma paraverbal. En ocasiones, el clínico incluso puede realizar «control de voz» sólo con la expresión facial.¹

Una vez obtenida la atención por parte del niño, se le agradece la interrupción de la mala conducta y se le dan las instrucciones y las explicaciones pertinentes ya de una manera suave y agradable. A esta parte de la técnica se le denomina «cambio de ritmo». Si la rabieta vuelve a reaparecer, se puede volver a aplicar la técnica del control de voz. Es una técnica muy efectiva para recuperar la atención de los pacientes odontopediátricos.¹

En ningún caso debe considerarse como un escape para el profesional de su ansiedad o enfado.³

Ludoterapia

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. Tendríamos que referirnos a la segunda fase del desarrollo (entre los 2 y 4 años) en la cual el niño a través del juego, dejándose llevar por la fantasía, empieza ya a poner metas a sus acciones, es decir se puede utilizar al juego como un medio de educación.³

Además puede tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor y ansiedad, ayuda a compensar sentimientos contradictorios, así como refuerza el instinto de imitación.³

En el consultorio el juego principalmente tiene su mayor interés como elemento terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción del niño, lo que le hace perder la seriedad a la situación dental. El juego debemos iniciarlo nosotros mismos, pues así nos mostramos más accesibles y reforzamos la comunicación con el paciente infantil. Es necesario disponer de ayudas (marionetas, calidoscopios, juegos electrónicos, etc.) que faciliten captar su atención.³ Fig. 41.

Un momento adecuado para su introducción puede ser después de realizar la aplicación de la anestesia local. Dependiendo de la edad y del nivel de madurez del niño, precisará más o menos de nuestra participación en el juego; con un niño de 3 años representaremos con marionetas un cuento, mientras que con el niño de 7 años puede ser suficiente cualquier juego electrónico.³



Fig. 41 Ludoterapia.²

Técnicas de modificación de la conducta

Los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado varias técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes, usando muchos de los anteriores principios establecidos experimentalmente en la teoría del aprendizaje. Estos métodos han sido denominados técnicas de modificación de la conducta. Consisten en alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado de forma gradual. 1

Una variable necesaria en la exitosa aplicación de las técnicas de modificación de la conducta a nuestro alcance y que pocas veces es tomada en cuenta es el tiempo. Se requiere tiempo y paciencia por parte del clínico para la aplicación de cualquier técnica; por ello, muchos profesionales no

quieren incluir estos métodos de modificación de la conducta en sus consultas.¹

Generalidades del aprendizaje

Para sobrevivir el hombre como los animales inferiores deben adaptarse a los cambios continuos de su entorno, una de las formas de adaptación es el aprendizaje, o sea la adquisición de reacciones con formas de conducta que evolucionan en relación con los cambios de estimulación.

El dentista espera que el niño se conduzca de una manera tal que permita la realización del tratamiento, que esta conducta sea estable, depende de el aprendizaje que el niño realice durante las sesiones. Si la conducta es inadecuada, el dentista espera que cambie y el camino de conducta es también aprendizaje, de ahí la importancia de conocer los principios que lo rigen.

Consiste en tres fases: motivación, ensayo y error, y selección; el paso previo e indispensable es la motivación. El tiempo que transcurre al cumplir estas fases divide los aprendizajes en lentos y rápidos y varía en consecuencia, a la motivación, la dificultad de la tarea y el nivel de desarrollo psicológico y somático del organismo que aprende. El proceso de seleccionar respuestas específicas de entre una amplia variedad y establecerlas como formas duraderas de conducta, resulta de las interacciones del ser en desarrollo y sus ambientes.

La naturaleza de la respuesta que se aprende es una muestra de la forma compleja en que se haya los motivos y emociones de la conducta humana; en odontología algunos niños serán capaces de aprender a tolerar las acciones necesarias y otros a evitar la ocurrencia del tratamiento.

El odontólogo debe conocer algunas modalidades útiles de control o mejoramiento de conductas motivadas por emociones como miedo, frustración, angustia, preocupación, ansiedad etc.

Criterios para cambiar una conducta

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

Se parte de la base que el odontólogo está capacitado para evaluar si esas conductas son normales para la edad del niño o si está pretendiendo en realidad transformar su paciente infantil en un adulto en cuanto a desarrollo intelectual y control emocional. En caso negativo podrá establecer un programa para cambiarla, si la conducta:

- Considerada inadaptada se presenta con suficiente frecuencia.
- De continuar, perjudica al niño, a su entorno o a ambos.
- Impide la posterior adaptación y evaluación saludable.

En la adquisición de una conducta positiva existen dos situaciones: la primera es facilitar la adquisición de una conducta que el individuo no posee, mediante enseñanza-aprendizaje; y la segunda modificar una conducta adquirida, pero inadecuada, en donde antes del nuevo aprendizaje exista una fase previa de extinción de la conducta inadecuada.

Con este propósito se puede utilizar los mecanismos generales de control ideal aprendizaje, de ellos se describen los más utilizados en docencia y que, con algunas modificaciones resultan adecuados para los propósitos del odontólogo.

Expectativas, prejuicios o imagen previa

Según este principio el aprendizaje de una determinada experiencia está influenciado por el concepto previo que de ella se tenga. Lo que los niños esperan de la odontología es importante en la actitud que muestren en la consulta, un prejuicio o estereotipo puede afectar adversariamente la conducta.

Si el dentista puede suponer, por la información que ha logrado obtener, que su paciente tiene una imagen desfavorable del tratamiento o de quien lo realiza, puede contraponer otra y nuevas expectativas.

Pero un esfuerzo dirigido a convencer al niño que los procedimientos son indoloros, suele fallar, más deseable es que a pesar de ciertas molestias, incluso de dolor, el paciente será ayudado por su dentista a manejar su temor y ansiedad adecuadamente.

Tratar a un niño como si fuera maduro, creando así una expectativa que se cumple, es una poderosa manera de ayudar al niño a controlar su ansiedad; hay una serie de procedimientos indoloros que pueden realizarse en la primera sesión para reforzar este concepto. Incluso el simple hecho de comunicarse, escuchar, aconsejar e interesarse personalmente por los sentimientos del niño pueda ser una situación completamente diferente a la que éste imaginaba.

Refuerzo

Este poderoso principio de aprendizaje mediante condicionamiento operante (es decir que se puede intervenir en las consecuencias) está basado en el hecho que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencias. Si el resultado de una actividad es positivo (recompensa) la conducta será repetida (reforzada). Si el resultado es negativo, la conducta pierde fuerza o se extingue.

Los premio o reforzadores, pueden ser de variada naturaleza: son primarios si tienen importancia biológica o satisfacen una necesidad fisiológica y secundaria si es necesario previamente asociarlos con reforzadores primarios por ejemplo, dinero, afecto, atención, aprobación.

El dentista tiene que operar en el ambiente del niño para reforzar las conductas positivas de su paciente y para evitar recompensar aquellas negativas. Hay reforzadores en forma de premio activo como las calcomanías, cromos, cepillos de dientes entre otros y hay reforzadores sociales que son los más empleados y entre ellos el más usado es el elogio.

Elogio

¿Qué es el elogio?

Cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final deseada equivalentes a conformación progresiva de conductas.

¿Cómo elogiar?

Dar instrucciones simples, precisas y claras, proveer atención positiva (contacto visual, palabras agradables, contacto afectuoso físico), ser simple y específico sobre lo que se quiere, no destruir el afecto positivo añadiendo crítica después del elogio.

¿Cuándo elogiar?

Inmediatamente, para, lograr el máximo efecto, cada vez que ocurra la conducta, ya que la consistencia es importante, ya establecida la conducta esta puede ser elogiada intermitentemente.

La situación contraria, no reforzar una conducta indeseable; si se piensa que dejar la consulta es la recompensa más poderosa que un paciente puede recibir, la salida de ella debe ser bajo ciertas condiciones.

La fantasía, agresión, resistencia y retirada son algunos de los medios de que dispone el niño para terminar una situación adversa. Si alguno de ellos resulta, aún momentáneamente, el paciente infantil ha aprendido una manera disfuncional de manejar su miedo y ansiedad. El paciente dejará de oponer resistencia injustificada si sus tácticas no dan resultado y no son reforzadas. Una de las técnicas basadas en este principio es ignorar la situación.

¿Qué se ignora?

Conductas inadecuadas pero tolerables, técnicas dilatorias, evitación o demora del tratamiento, distracción, conductas molestas, ruidos, interrupciones, solicitudes y órdenes.

¿Cómo ignorar?

Separarse del niño con la instrucción de cambiar actitud, no responder en absoluto, ser firme y continuar ignorando al niño, elogiar el primer signo de conducta deseada. Hay que recordar que el niño puede acelerar y aumentar la o las conductas inadecuadas antes de cooperar.

Desensibilización

La desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos y más utilizados para reducir ansiedad innecesaria. La técnica generalmente incluye enseñar técnicas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que al principio sólo se usen escenas que provoquen mínimos miedos. Gradualmente se van introduciendo situaciones que provoquen más miedo. No obstante, la ansiedad se minimiza con el uso de la relajación.

La desensibilización es efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.

Los principios de de sensibilización son muy útiles en el campo dental con algunas variaciones. El clínico debe establecer una escala de dificultad y ansiedad de los diversos procedimientos que debe realizar e introducirlos paulatinamente, primero, los que puedan producir menos ansiedad para finalizar con los más difíciles.

Una secuencia lógica sería: examen y profilaxis, sellados de fisuras, aplicación de flúor, radiografías, tratamientos conservadores y procedimientos quirúrgicos. Pero cada procedimiento debe adecuarse al niño en concreto y no debe nunca generalizarse. Es sorprendente lo angustiante que puede resultar para un niño un determinado procedimiento que nosotros teníamos calificado de sencillo y que generalmente es aceptado por los demás niños.

Un niño de 3 años puede tener miedo a una profilaxis con copa de goma por haber oído a otro niño decir que le produjo miedo. La aplicación de desensibilización consistirá en permitir al niño tocar y jugar con la pieza de mano, y explicarle algo así como: “Éste es mi cepillo especial para dejar tus dientes muy brillantes”, “también podemos pulir las uñas con él”; entonces, antes de aplicarlo en sus dientes lo aplicamos en sus uñas; así, el niño descubre que el dolor que había anticipado no existe, sus miedos previos empiezan a extinguirse y empieza a creer en nosotros.

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 invertido en un principio puede considerarse una buena inversión.

Imitación o modelado

Con la técnica de imitación, el niño puede aprender sobre la situación dental viendo cómo otros niños reciben tratamiento. Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental. Fig. 42.

Otro método que se ha mostrado efectivo es enseñar una película de un niño que recibe tratamiento. Patrones complejos de conducta son aprendidos rápidamente por imitación. Por ello, la técnica de imitación es un buen método de enseñanza.

Varias técnicas de modificación de la conducta aplicables en odontología son específicas para pacientes en una base individual, la técnica por imitación pueden ser aplicadas a grupos de niños.



Fig 42. Técnica de imitación ²

El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular. Es muy útil para que puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se les deba dar determinadas instrucciones.

La técnica por imitación proporciona muchos beneficios, en lugar de tener a los niños contagiándose de la ansiedad de su propia madre u otras madres en la sala de espera, los niños pueden ser llevados a las salas operatorias para ver a otros niños que sirven de modelos para recibir tratamientos.

Entonces podemos recomendar que el dentista deba mantener una actitud calmada y segura, para eliminar del ambiente modelos negativos, con una madre atemorizada e interceptora.

Es previo entonces que el dentista tenga dominio y seguridad en sí mismo, para que pueda ser modelo de su paciente. Esto explica por qué el dentista con más experiencia y seguridad .

Técnicas de enfoque físico

Hay conductas negativas agudas: rechazo franco y complejo descontrol emocional, en forma de llanto obstinado o pataleta, en estos casos el odontólogo se ve enfrentado a una situación que no puede ser pospuesta.

Diversas técnicas bajo el título de restricción física se han descrito con ese propósito. Son técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales, o sea, la terminación de la conducta intolerable o por lo menos disminuirla.

Los objetivos básicos son:

1. Ganarse la atención del niño.
2. Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
3. Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos.
4. Protegerlo de lesiones.

5. Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.

El proceso se inicia con una orden de cese, de naturaleza específica, si el resultado es bueno el episodio se da por terminado y se refuerzan conductas positivas. Se propone el siguiente flujo de actividades:

1. Presentación de conducta intolerante
2. Orden específica--- Cese---Elogio, olvido
3. Conducta continúa
4. Advertencia----Cese---Elogio, olvido
5. Conducta continúa
6. Restricción---Conducta terminada---Asunto olvidado
 - No amenazar
 - No recriminar
 - No aconsejar
 - Elogiar
 - Reforzar

El método físico de control de la conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La mayoría de las indicaciones para su utilización son los niños muy pequeños y los niños con retrasos mentales y problemas neurológicos graves.

Su aplicación levanta ciertos sentimientos controvertidos y discrepancias entre los profesionales de la odontología en general, aunque no tanto entre los especialistas de la odontología infantil. Generalmente su rechazo es motivado por la falta de documentación y conocimiento del modo de aplicación.

Consideraciones

1. Estas técnicas sólo deben utilizar después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
2. Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.
3. Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo.
4. La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional y ayudantes, y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
5. Deben explicarse de forma cariñosa los motivos' y la manera en que se llevarán a cabo a los niños a los que se les aplica. En función de la capacidad de cada niño se variará el modo de explicación con el «lenguaje pediátrico» adecuado.
6. Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres por qué y cómo se utilizan.
7. Debe obtenerse el consentimiento de los padres.

Indicaciones

1. Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectos de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.
2. Niños con limitaciones mentales, como retrasos mentales intensos que les incapacitan para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.
3. Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.

4. Algunos niños pre medicados, que al no disponer de un nivel completo de conciencia, pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos, como la aplicación de anestesia local o dique de goma y deben, por tanto, ser protegidos.
5. Los niños que experimentan rabietas muy violentas. Normalmente se trata de niños normales, potencialmente cooperativos, muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas des-controladas y que pueden poner bruscamente en peligro su integridad física durante los tratamientos. Generalmente, en estos casos la aplicación de técnicas físicas tiene carácter temporal.
6. En casos de emergencia. Se trata de situaciones como traumatismos que requieren atención inmediata y que no se pueden aplicar por razones de tiempo otras técnicas de control de conducta o sedación.

Bloques de mordida, abre bocas

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante los tratamientos, mientras que otros presentan más problemas, ya que incluso se niegan a abrir la boca.

Existen distintos dispositivos que se seleccionan en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloques de mordida se les atará hilo de seda como dispositivo de seguridad, por si lo hemos de sacar súbitamente de la boca.

Mano sobre boca

Técnica conocida clásicamente en la literatura anglosajona como hand over mouth. La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse, por ello está prohibida su utilización en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos porque no tienen dicha capacidad.

La descripción de la técnica es la siguiente: la mano sobre la boca del paciente para apagar el sonido, acerque su cara a la de él y hable directamente al oído “si quieres que saque la mano debes parar de gritar y escucharme. Todo lo que quiero es hablarte y mirar tus dientes”. Después de unos pocos segundos esta instrucción se repite y pregunte “Puedo sacar la mano ahora?”, casi invariablemente hay un movimiento de cabeza aceptando. Se añaden unas palabras de advertencia para que siga quieto y la mano se retira. Fig. 43.



Fig. 43. Técnica mano sobre boca ²

Es conveniente que la auxiliar esté presente para sujetar también manos y piernas del niño, así nadie resultará dañado. El niño así controlado se da cuenta que su estrategia para evitar la situación es inútil.

Mientras el niño se acomoda, se puede hablar de sus ropas, de sus muñecas, de cualquier cosa sin hacer ninguna mención a lo que acaba de suceder. En lo que al odontólogo respecta, es historia olvidada. Cada actitud cooperadora del niño a partir de este momento es reforzada generosamente. Si hay un intento de empezar de nuevo, un aviso gentil, pero firme, que la mano volverá a ser usada, es por general suficiente para controlarlo. La técnica no busca asustar al niño, sino que intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo.

Hay algunas consideraciones, en primer lugar debe recordarse que los padres le enseñan a sus hijos a como resolver problemas como ellos lo solucionan, por lo tanto el dentista debe comunicarse con ellos para obtener cooperación en los cambios de conducta que se han logrado.

En segundo lugar, si se está restringiendo la misma conducta con frecuencia, la restricción no está funcionando y debe cambiarse las técnicas, o modificar la modalidad de tratamiento.

Tercero, es conveniente elogiar conductas incompatibles con la conducta problema “está muy tranquilo cuando te limpio los dientes, gracias”. No se debe amenazar “déjate... o si no”.

Finalmente recordar que el objetivo de la restricción es no tener que utilizarla.

Para algunos dentistas el rechazo de los niños es interpretado como un desafío personal, todo lo que hay que pensar es que el niño no tienen nada contra el dentista como persona, es un esfuerzo por adaptarse a una situación aparentemente intolerable.

Inmovilización médica por parte del profesional

Término que sustituye al anterior de restricción física. Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante un tratamiento dental por parte del profesional y de sus ayudantes.

Hay ciertos procedimientos, como la aplicación de la anestesia local, que requieren que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza del niño mientras trabaja para evitar movimientos de ésta y mientras tanto las

asistentes controlan los brazos por si el niño quiere dirigirlos hacia la jeringa de anestesia para evitar el procedimiento.

Evidentemente, en función de cada niño existe un grado cualitativo y cuantitativo en cuanto a la aplicación de estas técnicas. Para muchos niños, el hecho de que una asistente apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenar sus reacciones bruscas y además se sienten protegidos si se les trata con cariño, sin embargo, otros niños presentan conductas más descontroladas que requieren que el personal tenga que actuar de una forma más activa.

No obstante, a menudo estas técnicas sólo deben aplicarse temporalmente puesto que el niño se vuelve colaborador y entonces pueden eliminarse.

Control físico mediante dispositivos específicos

Cuando el personal ya no puede controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específicas para el control de todo el cuerpo. Se incluyen toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el PediWrap" (dispositivo de nylon con cierres de velcro) o el Papoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela). Fig. 44.



Fig.44. Control físico. ^{fd}

Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres de los pacientes debido a su desconocimiento. Los padres pueden demostrar desconfianza, especialmente en aquellas familias cuyos hijos ya hayan tenido experiencias odontológicas negativas.

Hay técnicas que los padres prefieren más que otras, las más aceptadas son la imitación, la desensibilización y la técnica de la triple E. Entre las que producen mayor desagrado está la limitación física.

Las actitudes sociales han cambiado en los últimos años a una mayor participación de los padres durante el tratamiento dental, con mayor énfasis en la necesidad del consentimiento informado, pues el profesional no puede por sí solo asumir la responsabilidad de aplicar determinadas técnicas de control de conducta.

Lo cierto es que con más información a los padres sobre las técnicas necesarias a emplear, aumenta la aceptación por parte de éstos de las mismas. Se debe emplear todo el tiempo necesario para exponer a los padres el por-qué de la necesidad de utilizar estas técnicas y el modo de empleo de éstas. Hay que poner énfasis en describir que las técnicas se utilizan para seguridad del niño y como necesidad del tratamiento, y no para herir su imagen ni su autoestima.

Conclusiones

De acuerdo a toda la información recopilada, puedo concluir que la atención dental en un niño no solo es revisar su cavidad oral, observar si existen maloclusiones, mala higiene, caries y un sin fin de problemas; pues estamos tratando con un ser humano con temperamento, personalidad y aptitudes cognitivas que van interactuando para modelar su comportamiento.

Debemos tener en cuenta que aunque hay leyes básicas de crecimiento y desarrollo, que nos explican las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias individuales, que son el resultado de la interacción de cada individuo con su entorno externo, interno y social.

El dentista tiene un papel muy importante, porque además de conseguir una buena comunicación y cambios de conducta para poder realizar los tratamientos, puede llegar a ser una figura representativa en el entorno del niño, pues lo ayudará a superar de la mejor forma posible esta etapa de su vida, por lo tanto no solo se debe de ser su dentista, sino también un educador.

Con todo este conocimiento sobre el desarrollo del niño , podemos analizar la conducta de éste y evaluar el nivel alcanzado en el momento que lo observamos por primera vez .

La interpretación que nosotros obtengamos sobre la conducta del paciente nos ayudará para el éxito en el manejo del niño y nos guiarán sobre que técnica debemos utilizar para cada paciente en particular y así poder reforzar modos de comportamiento que faciliten su adaptación al tratamiento y mejorar sus motivaciones y habilidades para el auto cuidado.

Mientras mayor sea este conocimiento, obtenido a través del entrenamiento formal, experiencia o ambas, mayor será la posibilidad de tener buenos resultados en la predicción de la conducta, en el manejo adecuado de problemas conductuales y en algunos casos mejor habilidad para comunicarnos, racionalizar y modificar las circunstancias que motivan los trastornos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Barbería Leache, Elena; Boj Quesada, J. R; Catalá Pizarro, M; García Ballesta, C; Mendoza Mendoza, A. "Odontopediatría" 2ª ed. Barcelona España, Editorial Masson, 2001.
2. Boj Quesada Juan R; Catalá Montserrat; García Ballesta Carlos; Mendoza Asunción. "Odontopediatría". 1ª ed. Barcelona España, Editorial Masson, 2004.
3. Deval, Juan. "El Desarrollo Humano", México D.F. Editorial Siglo XXI, 1994.
4. Escobar Muñoz, Fernando. "Odontología Pediátrica". 2ª ed. Caracas Venezuela, Editorial Amolca, 2004.
5. Figueiredo Walter, Luis Reynaldo; Ferelle, Antonio; Issao, Myaki. "Odontología para el Bebé". 4ª ed. Sao Paulo Brasil, Editorial Amolca, 2000.
6. Gesell, Arnold. "El niño de 1 a 4 años". 4ª edición, México, Editorial Paidós Educador, 1987
7. Gessell, Arnold. " El niño de 5 y 6 años", México, Editorial Paidós Educador.
8. Gessell, Arnold. "El niño de 7 y 8 años". 7ª ed. México, Editorial Paidós Educador, 1991.

9. Gessell, Arnold. "El niño de 9 a 10 años". 1ª ed. México, Editorial Paidós Educador, 1993.
10. Jordán, José R. "El Crecimiento del Niño". 1ª edición, Barcelona España, Editorial JIMS, 1988.
11. Leyt, Samuel. "El Niño en la Odontología". Buenos Aires Argentina, Editorial Mundi, 1986.
12. Mc Donald, Ralph E. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" 6ª edición, Madrid España, editorial Harcourt, 1994.
13. Papalia D; Wendckos Sally. "El mundo del niño. En Psicología del Desarrollo de la Infancia a Adolescencia". 5ª edición, Editorial McGraw-Hill, 1993.
14. Papalia, D; Wendkos S; Duskin Feldman, Ruth. "Psicología del Desarrollo". 8ª ed. Bogotá Colombia, Editorial McGraw-Hill, 2001.
15. R. Widmer, A Cameron. "Manual de Odontología Pediátrica". Madrid España, Editorial Harcourt, 1998.
16. Toledo O. A. "Odontopediatría. Fundamentos para la Práctica Clínica". 2ª ed. San Pablo, Editorial Premier, 1996.
17. Wadsworth B. "Teoría de Piaget del Desarrollo Cognoscitivo y Afectivo". México, Editorial Diana, 1991