

**MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA
DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

CLAUDIA RAMÍREZ MORALES

TUTORA: Mtra. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA

MÉXICO, D.F.

2011



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.

MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta donde hoy estoy, cumpliendo un sueño más, de la lista innumerable que anhelo realizar, por rodearme de seres maravillosos que han estado a mi lado en esta etapa de mi vida.

A JESÚS por ser mi fiel compañero, por no abandonarme cuando necesito consuelo, por estar conmigo en mis desvelos, mis alegrías y en todo lo que veo.

*A mi Madre y mi hermana Santa con todo mi amor les doy las gracias por siempre estar conmigo, por tener un espíritu de lucha inquebrantable, por sus sabios consejos, por la confianza y la fe que tuvieron siempre y por el enorme esfuerzo que realizaron.
¡Las quiero mucho!*

A mi padre por el gran esfuerzo por estar a mi lado siempre y por creer en mí.

A mis hermanos, sobrinos y cuñados por su comprensión y apoyo durante toda mi carrera, a mi abuela en donde quiera que este.

Al Dr. José Manuel Ornelas, Rocío y Elba, por estar en todo momento brindándome incondicionalmente su apoyo, comprensión y gran amistad.

**MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA**

*A todas las personas que durante este camino han creído en mí y me
brindaron su apoyo*

*A la Mtra. Emilia por su gran apoyo en la realización de este trabajo y
por sus consejos.*

*A la Dra. Alicia, el Dr. Fidel y el Dr. Alejandro por su apoyo y a todos
los doctores que participaron en el diplomado.*

A la Dra. Carolina por su tiempo invertido y su invaluable apoyo.

*Y gracias a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Por permitirme formar parte de ella y por la formación profesional y
humana que me has forjado.*

*Orgullosamente UNAM.
Claudia Ramírez*

*“siempre fíjate en dónde estas parada y hacia dónde vas pero nunca, te
olvides de dónde vienes” JRM.*



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS	10
3. DESARROLLO PSICOLÓGICO	11
3.1 El niño desde un punto de vista psicológico	
3.2 Teorías del desarrollo	
3.3 Relación entre la cavidad bucal y el desarrollo emocional	
4. CONDUCTA	18
4.1 Definición de conducta	
4.2 Principios que rigen la conducta	
4.2.1 Casualidad	
4.2.2 Motivación	
4.2.3 Finalidad	
5. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO	20
5.1 Cooperadora	
5.2 Cooperador tenso	
5.3 Rebelde	
5.4 Agresiva-desafiante	
5.5 Tímida	
5.6 Llanto	
5.6.1 Llanto obstinado	



5.6.2	Llanto de temor	
5.6.3	Llanto de dolor	
5.6.4	Llanto compensatorio	
5.7	Aceptación del niño al tratamiento	
6.	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA	27
7.1	Madurez	
7.2	Personalidad	
7.3	Ambiente	
7.	MIEDO Y ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	30
8.	VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	33
8.1	Influencia de los padres	
8.1.1	Sobreprotección	
8.1.2	Sobreindulgencia	
8.1.3	Sobreautoridad	
8.1.4	Falta de afecto	
8.1.5	Rechazo	
8.1.6	Ansiedad materna	
8.2	Niños maltratados	
8.3	Antecedentes medico-dentales	
9.	PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA	37
9.1	Del primer al sexto mes de vida	
9.2	Del séptimo al doceavo mes de vida	
9.3	Del año al año y medio de vida	



- 9.4 Del año y medio a los dos años de vida
- 9.5 De los dos a los dos y medio años de vida
- 9.6 De los dos y medio a los tres años de vida

10. MANEJO PSICOLÓGICO DE LA CONDUCTA

44

- 10.1 Modificación de la conducta
- 10.2 Técnicas de comunicación
 - 10.2.1 Decir-mostrar-hacer
 - 10.2.2 Refuerzo positivo
 - 10.2.3 Distracción
 - 10.2.4 Comunicación no verbal
 - 10.2.5 Control de la voz
 - 10.2.6 Ludoterapia
 - 10.2.7 Lenguaje pediátrico
- 10.3 Técnicas de Modificación
 - 10.3.1 Imitación y modelamiento
 - 10.3.2 Desensibilización
 - 10.3.3 Mano sobre boca
- 10.4 Técnicas de restricción física
 - 10.4.1 Indicaciones
 - 10.4.2 Contraindicaciones
 - 10.4.3 Camita o tabla y red
 - 10.4.4 Bloques de mordida
 - 10.4.5 Unidades para bebe
 - 10.4.5.1 En el sillón dental
 - 10.4.5.2 En los brazos de la madre
 - 10.4.5.3 Knee to Knee
- 10.5 Sedación y anestesia general



- 9.4 Del año y medio a los dos años de vida
- 9.5 De los dos a los dos y medio años de vida
- 9.6 De los dos y medio a los tres años de vida

10. MANEJO PSICOLÓGICO DE LA CONDUCTA

44

- 10.1 Modificación de la conducta
- 10.2 Técnicas de comunicación
 - 10.2.1 Decir-mostrar-hacer
 - 10.2.2 Refuerzo positivo
 - 10.2.3 Distracción
 - 10.2.4 Comunicación no verbal
 - 10.2.5 Control de la voz
 - 10.2.6 Ludoterapia
 - 10.2.7 Lenguaje pediátrico
- 10.3 Técnicas de Modificación
 - 10.3.1 Imitación y modelamiento
 - 10.3.2 Desensibilización
 - 10.3.3 Mano sobre boca
- 10.4 Técnicas de restricción física
 - 10.4.1 Indicaciones
 - 10.4.2 Contraindicaciones
 - 10.4.3 Camita o tabla y red
 - 10.4.4 Bloques de mordida
 - 10.4.5 Unidades para bebe
 - 10.4.5.1 En el sillón dental
 - 10.4.5.2 En los brazos de la madre
 - 10.4.5.3 Knee to Knee
- 10.5 Sedación y anestesia general



10.6 Tratamientos alternativos

10.6.1 Musicoterapia

10.6.2 Aromaterapia

11. ÉTICA EN ODONTOPEDIATRÍA 66

11.1 Ética profesional

11.2 Relación de la triada Odontólogo-padres-paciente

11.3 Importancia del consentimiento válidamente informado

12. CONCLUSIONES 75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77



1. INTRODUCCIÓN

El manejo de la conducta es una de las herramientas más importantes con la que cuenta un odontólogo para enfrentar las diferentes conductas del paciente pediátrico.

Día a día atendemos muchos pacientes; de diferentes edades y tipos; pero es algo completamente diferente cuando hablamos de paciente bebe o de primera infancia ya que esto requiere un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y fisiológico del paciente.

Al atenderlo necesitamos conocer las técnicas adecuadas que aplicaremos de manera aislada o simultanea de acuerdo al tipo de situación o al tipo de procedimiento que vayamos a realizar. Es primordial reconocer la importancia que toma el padre de familia en el tratamiento y tratar de mantener esa interrelación; agregando a este binomio nuestro conocimiento y experiencia, convirtiéndolo en una triada: paciente-madre-odontólogo.

Existen muchas variables que tendremos en cuenta que van desde la ansiedad que se da en la sala de espera hasta el posible comportamiento agresivo durante la consulta; es de vital importancia lograr conservar la seguridad emocional en el paciente con la ayuda de la madre. Conociendo las adecuadas técnicas de modificación conductual, reforzando los comportamientos positivos y disminuyendo los que creen distracción y ansiedad, podremos llevar a cabo una consulta dinámica, en una atmosfera placentera y en el tiempo correcto.

Algunas técnicas que van desde el control de la voz hasta el uso de restrictores físicos son las que usaremos con mayor frecuencia de acuerdo al tipo de paciente que tengamos y de la cooperación de la madre o el padre.



Debemos plantear el mejor tratamiento posible y ver siempre la posibilidad de aplicar una técnica alternativa para el manejo de conducta del paciente y observar el grado de repercusión en el control de las emociones del paciente.

A diferencia de otras áreas clínicas, la naturaleza cualitativa del comportamiento no permite establecer parámetros exactos para los procedimientos específicos que se deben realizar en diversas situaciones clínicas.

Los niños son seres humanos en formación, es por eso que el entorno que les rodea es el responsable de las actitudes que van adoptando, en nuestro país todavía no son muy considerados sus derechos y es por ello que aun encontramos un gran número de niños maltratados, tanto física como emocionalmente.

El Cirujano dentista debe tener todos los conocimientos necesarios para el manejo del paciente pediátrico en la consulta; ya que el influye en la formación de este cuando acude a la consulta, por eso es de suma importancia hacer todo lo posible para que sea una experiencia grata para el niño.

En este trabajo se abordan las principales técnicas de manejo de conducta utilizadas en odontopediatría así como las variables que influyen y las consideraciones éticas que se deben tener al atender a los niños, para que no se sientan agredidos y en un futuro no se tengan secuelas que provoquen rechazo al tratamiento.



2. OBJETIVOS

- ❖ Proporcionar estrategias y técnicas de modificación de conducta en pacientes de primera infancia que permita conseguir comportamientos eficaces que resulten satisfactorios y que sean bien aceptados por los padres.

- ❖ Describir algunas de las más conocidas y eficaces técnicas que se utilizan en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica; enfocando y resaltando la importancia de que el odontólogo este apto para enfrentar y resolver los diferentes cuadros emocionales del paciente en sus diferentes etapas del desarrollo.

- ❖ Reconocer situaciones y estilos de personalidad, que pueden determinar un trabajo colaborativo o conflictivo en la relación con el paciente de primera infancia.

- ❖ Enseñar y desarrollar en los familiares y/o tutores habilidades que faciliten el manejo conductual del niño

- ❖ Conocer técnicas alternativas para el manejo del comportamiento del paciente de primera infancia en el tratamiento odontológico.



3. DESARROLLO PSICOLÓGICO

3.1 El niño desde un punto de vista psicológico

El niño desde el punto de vista de su desarrollo psicobiológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad. Según el filósofo francés Jean Jacques Rousseau (1712-78) y otros pensadores, hicieron especial hincapié en que los niños en su desarrollo atraviesan una serie de etapas físicas y mentales, con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos¹.

Actualmente se considera que “El niño es un ser humano en crecimiento y desarrollo, biológico y psíquicamente inmaduro además de ser un indefenso social, que está, en constante conocimiento y aprendizaje del medio que lo rodea”.

El concepto de crecimiento y desarrollo implica una visión dinámica del ser humano y es una característica diferencial en la atención odontológica del niño.

Entendiendo por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta la adultez. En este proceso evolutivo el niño es un ser activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de acuerdo con su edad y sus características individuales.

El estudio del desarrollo psicomotriz es muy amplio, incluye los aspectos evolutivos de un conjunto de funciones neurológicas, psíquicas y sociales de complejidad creciente.



Fig. 1 Niños de diferentes edades² Fd

3.2 Teorías del desarrollo

El desarrollo mental es un constante proceso de equilibrio que va de un estado de menor equilibrio a uno más equilibrado, y se da en los planos de la inteligencia, vida afectiva y relaciones sociales. Es importante tener en cuenta los periodos de desarrollo para poder analizar y comprender las conductas que presenta un paciente³.

Para poder tener un buen entendimiento es de suma importancia conocer los fundamentos básicos del desarrollo emocional del paciente y las características de cada una de las etapas del desarrollo desde el nacimiento hasta la edad adulta. Eso permitirá al odontólogo determinar que tipo de comportamiento esperar, así como poder manejarlo.

Es un tema muy controvertido y ha sido interpretado de diversas maneras por distintos autores cuya pregunta en común ha sido ¿cuál o cuáles son las causas por las que un individuo desarrolla su personalidad y estilo de



comportamiento?; diversas teorías han tratado de explicarlo desde diferentes puntos de vista tales como:

Teoría Psicoanalítica (SIGMUND FRUED 1905) Las bases de la teoría es que la personalidad de una persona se originan en las raíces biológicas, como resultado de la satisfacción de un conjunto de instintos; causados por fuerzas inconscientes que desde el nacimiento llevan a la formación de la personalidad por medio del desarrollo de la sexualidad del individuo.

Teoría Psico-social (Erick Eriksson 1963) Cuyo concepto es el desarrollo de la personalidad a través de las etapas emocionales de la vida³.

Teoría del Conductismo (Skinner-Pavlov 1927) Se basa en el desarrollo y modificación de la conducta por el medio ambiente.

Teoría del Aprendizaje Social (Albert Bandura 1963) El aprendizaje en un contexto social mediante la observación e imitación de modelos⁴.

Teoría humanística (Abraham Maslow 1954) El desarrollo del individuo es basado en la superación de niveles de necesidad ^{3,5}.

Teoría Cognoscitiva (Jean Piaget 1952).

El investigador suizo Jean Piaget, quien se preocupó fundamentalmente de interpretar cómo crece la inteligencia y cómo se adquieren nuevos conocimientos.

La inteligencia, dice Piaget, se desarrolla sobre los reflejos, sobre ellos se arman los hábitos, la inteligencia práctica y luego, la inteligencia formal o abstracta. Aprendemos por dos mecanismos, asimilación y acomodación. El niño nace con un capital genético que



consiste fundamentalmente en una serie de reflejos, al que se le suma la influencia del medio ambiente que le rodea (estructuras cognoscitivas); Por ejemplo el reflejo de prensión, herencia de nuestros antepasados, cuando el mamífero se sostenía del pelo para poder estar cerca de su mamá y amamantarse. Las mamás muchas veces creen que el bebé les apretó el dedo voluntariamente, como una demostración afectiva, pero la prensión voluntaria se da recién a los cuatro o cinco meses de edad¹.

El desarrollo cognoscitivo comienza cuando el niño va realizando un equilibrio interno entre la acomodación y el medio que lo rodea y la asimilación de esta misma realidad a sus estructuras. Este desarrollo va siguiendo un orden determinado, que incluye cuatro periodos de desarrollo, el senso-motor, el preoperacional, el operacional concreto y el formal, cada uno de estos periodos está constituido por estructuras originales, las cuales se irán construyendo a partir del paso de un estado a otro. "Este estadio constituye, pues, por las estructuras que lo definen, una forma particular de equilibrio y de evolución mental"⁶.

- Sensorio-motriz. Comprende de los 0-2 años y Consta de 6 estadios:
 - Reflejos
 - Primeras adaptaciones adquiridas: Los reflejos pasan a ser una adaptación adquirida cuando existe aprendizaje e interiorización. El descubrimiento de lo nuevo es esencial para Piaget.
 - Aparece tenuemente la intención. El mundo es visto por el bebé como un gran escenario donde experimentar. La intención que hay en este estadio se definiría por una dirección de la actividad. La adaptación intencional empieza desde que el niño comienza a "actuar" y, más tarde, a relacionar. La característica principal es la de



"agarrar". Sus acciones son repetitivas y no es hasta llegado al 4º estadio que utilizará determinados medios para llegar a un objetivo o fin.

- Llamado de la coordinación de esquemas secundarios. Se caracteriza por la organización. El niño persigue ya un fin y trata de obtenerlo mediante actos intermedios.
 - La elaboración del objeto. Constitución de nuevos esquemas gracias a la experimentación. En el estadio anterior el niño reproducía aquellos objetos que descubría fortuitamente mientras que en éste, los reproduce modificándolos lo cual ya presupone una inteligencia superior. El niño descubre la experiencia paralela y la relación entre objetos. La búsqueda de la novedad supone un mayor interés.
 - Invención de nuevos medios por combinación mental. Efectúa los actos con mucha más precisión. Paso clave para poder pasar del esquema a las operaciones.
-
- Pre-operacional. Consta de 2 estadios: el pre conceptual (de 2 a 4 años) en esta etapa se presentan los problemas más importantes de manejo de conducta para el odontólogo; y el Perceptivo o Intuitivo (de 4 a 7 años). Las reacciones del niño se centran más en la percepción.
 - Operacional Concreto (de 7 a 11 años).
 - Operacional Formal (desde los 11 años hasta la madurez). Se caracteriza por la lógica de proposiciones y la aptitud de razonar a partir de una hipótesis⁷.



3.3 Relación entre la cavidad bucal y el desarrollo emocional

La relación del odontólogo con el paciente pediátrico llega a ser muy profunda y un componente fundamental para el establecimiento de este nexo es “la cavidad bucal” y la importancia que ella tiene en el desarrollo psico-emocional del individuo.

El área de representación de la cavidad bucal en la corteza cerebral humana es mayor que la correspondiente a cualquier otra en el organismo, tanto en el campo sensitivo como motor. En ella se integran funciones vitales, como la alimentación, que van madurando con el individuo. Representa el órgano sensorial y táctil del recién nacido y del lactante. Cumple también con otras funciones tales como: expresión emocional, comunicación, etc.

Es claro comprender que cualquier maniobra dentro de la boca genera procesos afectivos y sociales de diferente índole. El rol del odontólogo que atiende niños es prevenir, controlar y curar las enfermedades de la cavidad bucal cuidando que las consecuencias de sus acciones no generen iatrogenia tanto en sus constituyentes físicos (estructuras en crecimiento, gérmenes dentarios en formación, articulaciones temporo-mandibulares, etc.) como en su personalidad.

Por ello, estar preparado para la atención de la salud de niños y adolescentes significa entender, comprender y conocer sus particularidades e incursionar en otras áreas, como profundizar en algunos aspectos de la psicología que permitan comprender la conducta de los pacientes¹.

Piaget afirma que los reflejos son esquemas o modos de funcionamiento heredados; si la mamá acerca al bebé a su pecho o le muestra un biberón, el niño desencadena el reflejo de succión, ese reflejo

le permite, como esquema, producir varias cosas, entre otras, conocimiento.

El bebé asimila, en la succión, un olor, una temperatura, un líquido que es la leche, esas características las incorpora con sus sentidos y se acomodan en su sistema nervioso como conocimiento: pecho-biberón. Pero si a ese bebé le acercamos un dedo, el niño va a desencadenar, porque no tiene otra cosa que un esquema, la succión, y cuando succiona va a asimilar otro olor, otra temperatura, otra consistencia, que no sale leche, y acomoda conocimiento dedo. Es decir, el primer aprendizaje se produce por la boca, que constituye para toda la escuela de este investigador la primera fuente de aprendizaje y conocimiento, y es en esta cavidad bucal donde el odontólogo trabaja.

El bebé lleva todo a la boca y lo que no succiona no lo conoce. Piaget dice: “el bebé divide al mundo en objetos succionables y no succionables”⁸.

La visión como órgano de conocimiento se incorpora posteriormente a la succión. El bebé succiona sus manos, sus pies y en realidad está conociéndose a sí mismo. De aquí la importancia de esta en el desarrollo emocional.



Fig. 2 El niño conoce al mundo a través de la boca.^{2 Fd}



4. CONDUCTA

4.1 Definición de conducta

La conducta en el sentido general, se define como cualquier cambio en la actuación del organismo; estos cambios se pueden observar y contar. Los gestos, la acción y el lenguaje son las cuatro formas de conducta que ostentan los seres humanos.

Dichos cambios se toman de ciertos patrones que todos los niños siguen a través del proceso de crecimiento; este proceso de desarrollo está influenciado por dos factores primero la maduración y segundo la exposición del niño ha determinado ambiente⁹.

Básicamente la conducta es la herramienta de reacción que tenemos todos ante las distintas circunstancias de la vida a las cuales nos vamos enfrentando.

Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse de acuerdo a su madurez, con cada experiencia nueva se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de sus consecuencias de su conducta.

4.1 Principios que rigen la conducta

La conducta está regida por tres principios:

4.1.1 Casualidad porque supone que toda conducta obedece a una causa concreta, es decir, ante una situación determinada, los seres



humanos tendemos a comportarnos siempre de una manera y no de otra.

4.1.2 Motivación, que implica que toda conducta siempre estará motivada por algo, una respuesta a un estímulo determinado que recibimos y por último el principio de.

4.1.3 Finalidad que predispone que todo comportamiento siempre persigue un fin.

En tanto, para entender y comprender la conducta de una persona será necesario tener en cuenta otros factores como son los hechos que la provocaron, el contexto en el cual se dio y las condiciones particulares de la persona de la cual procede, como las aptitudes, temperamento, carácter, experiencia previa, entre otros y dentro de este último podemos ubicar a la socialización en donde cabe mencionar la influencia de la familia, de los amigos y la sociedad en su conjunto, los cuales también ocupan un lugar trascendental en la determinación de esta. Entonces, de esto se desprende que una conducta no es universal entre los distintos sujetos ya que al poseer un fondo distinto, tendemos a actuar de manera distinta aún ante un mismo estímulo.



5. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

La clasificación divide a las conductas observadas en las categorías que van desde la definitivamente positiva a la definitivamente negativa, es una escala funcional y confiable, sirve también como una forma para el registro de la conducta del niño en el consultorio.

Existen diversas clasificaciones de la conducta como la de Frankle, que los clasifica en:

- Definitivamente negativa.
- Negativo.
- Positivo
- Definitivamente positiva.

Wright en 1962 postuló que la mayoría de los clínicos categorizan las conductas de los niños en grupos definibles como los siguientes:

5.1 Cooperadora

Los pacientes manifiestan seguridad y confianza, se muestran relajados; llegando a establecer la comunicación con el odontólogo de manera rápida y fácil. El abordaje en estos casos es un éxito, ya que la capacidad de adaptación del niño permite llevar a cabo de manera eficiente las acciones clínicas necesarias. Estos niños son tratados exitosamente mediante la técnica de decir-mostrar-hacer.



Fig. 3 Conducta cooperadora^{2 Fd}.

5.2 Conducta cooperativa tensa

El paciente acepta el tratamiento, aunque existen evidentes signos que delatan tensión: sudoración en manos y labio superior, temblor en la voz, siguen los movimientos del odontólogo. Es por esto que el odontólogo debe ser muy observador y realizar un buen diagnóstico de la situación, ya que este es un límite entre conductas negativas y positivas, el paciente acepta el tratamiento pero puede tener una mala imagen del odontólogo.



Fig.4 Paciente tensa^{2 Fd}.

Falta de capacidad de cooperación

Incluyen a los niños más pequeños con quien no se puede establecer comunicación, ni se puede esperar su comprensión como por ejemplo los niños especiales



Fig. 5 Paciente con capacidades diferentes²Fd.

5.3 Descontrolada – rebelde

Niños pequeños generalmente de 3 a 6 años en su primera visita odontológica, presentando rabietas con revuelo de brazos y piernas; generalmente manipuladores y caracterizados por tener miedo o ansiedad aguda lo que los lleva a reaccionar con el “berrinche”, caracterizado por llanto fuerte, tirarse al suelo y realizar movimientos bruscos de brazos y piernas, con la finalidad de resistirse al tratamiento. El padre debe intentar restablecer la disciplina, caso contrario lo hará el odontólogo, debe establecerse una comunicación mostrando los lineamientos de un correcto comportamiento.



Fig.6 Conducta descontrolada-rebelde² F^d.

5.4 Agresiva - desafiante

Utiliza la resistencia pasiva, se ve más a menudo en los niños mayores que se acercan a la adolescencia, y por lo general reacciona de la misma manera en el hogar. Se sienten incomprendidos, son desconfiados y manifiestan siempre mal humor; inicialmente se intentará establecer una comunicación, aunque es difícil llegar a ellos, generalmente son niños de mayor edad, que manifiestan expresiones. La actitud en su hogar suele ser la misma, debido a que los padres no mantienen una disciplina adecuada. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. El odontólogo debe mostrarse como amigo, alguien que confía en sus capacidades, los padres deben estar fuera del consultorio.

5.5 Tímida

El niño puede esconderse detrás de su padre, pero suele presentar poca resistencia a la separación; a menudo reprime las lágrimas, es sumamente ansioso, no siempre escucha o atiende las instrucciones. Estos pacientes son extremadamente inseguros y dependientes de los padres, retraídos, traspiran mucho, cuando se resisten al tratamiento es

porque se sienten amenazados y tienden a llorar en voz baja, habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo ofreciéndole medios para que colabore con el tratamiento, ya que si es abordado de manera errónea puede pasar a una conducta descontrolada. Esta forma de conducta puede explicarse como sobreprotección en el hogar o falta de contacto social.

5.6 Llorosa

El niño permite que el odontólogo proceda, pero llora todo el tiempo frecuentemente se queja de dolor y constantemente emite sonidos. Esta conducta se produce cuando no existe causa justificable del llanto generando confusiones en el odontólogo. La disciplina y autoridad deben estar presentes para dominar la situación, constantemente se debe verificar que no haya causa verdadera del llanto.

Elsbach describió cuatro tipos de llanto, es necesario conocer los tipos de llanto que pueden presentarse en los niños, de esta manera sabremos responder adecuadamente con cada niño de diferente manera según se requiera:



Fig. 7 Conducta llorosa^{2 Fd}.



5.6.1 El llanto obstinado:

Llanto fuerte de tono agudo, caracterizado como una sirena es el llanto “berrinchoso”. Este llanto muestra la ansiedad del niño a la consulta odontológica de una manera conflictiva. Esta conducta debe ser manejada antes de empezar el tratamiento odontológico.¹⁰

5.6.2 El llanto de temor:

El niño presenta abundantes lagrimas, sollozos convulsivos, vocalización lastimera, evita mirar al operador se cubre el rostro con las manos, mueve la cabeza, solicita a su madre. El niño se siente abrumado por la situación que está pasando y debe ser manejado de una manera distinta que al niño con llanto obstinado. Hay que inspirar confianza al niño atemorizado con experiencias odontológicas agradables que permitan al niño enfrentar la situación⁹.

5.6.3 El llanto por daño:

Puede ser un llanto fuerte pero generalmente va acompañado de un pequeño lloriqueo. Tenemos que estar atentos ante los primeros indicios de que el niño está sufriendo dolor. Puede caer una pequeña lágrima del ángulo del ojo. Es fácilmente identificado debido a que el niño dirá voluntariamente o cuando es interrogado que se le está haciendo doler. Sin embargo, hay niños que sienten dolor y controlan su actividad física, hay que estar atentos para detectar el dolor del niño y detener el tratamiento⁹.

5.6.4 El llanto compensatorio:

Es un mecanismo de compensación del niño al estímulo desagradable del sonido de la turbina. No es realmente un llanto, es una especie de zumbido monótono que realiza el niño y que puede resultar molesto para el operador, no obstante, no hay que detenerlo puesto que es una estrategia ideada por el infante para enfrentar la ansiedad que está experimentando⁹.



Fig. 8 Llanto compensatorio^{2 Fd}.

5.7 Aceptación del niño al tratamiento según Rud y Kisling

En 1973 Rud y Kisling crearon una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad para dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental; esta escala se basa en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular¹¹.

- Grado 3: El paciente está relajado, realiza preguntas, demuestra interés y la plática es amena, sin tensiones, los ojos son brillantes y tranquilos; y hay contacto visual¹⁰.



- Grado 2: Conversa con una actitud dubitativa, realizando preguntas rápidas, movimientos indecisos, y no presta atención. La expresión ocular es indiferente pero la posición en el sillón dental es relajada¹⁰.
- Grado 1: Es aquel que acepta el tratamiento con desgano, responde con monosílabos y desvía la mirada, parpadea o frunce el ceño; muestra una posición poco relajada en el sillón¹⁰.
- Grado 0: Corresponde al paciente que presenta movimientos rápidos y violentos, sin contacto visual ni verbal; puede presentar llanto¹⁰.

6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA

La vida humana está sujeta a un proceso de desarrollo desde la concepción a la vejez. Aunque cada vida es singular, todas atraviesan básicamente la misma secuencia. Esto tiene una importancia decisiva en la comprensión de la vida humana, ya que la significación de los sucesos y relaciones particulares está fuertemente relacionadas por la fase del ciclo vital en la que ocurren; existen diversos factores que contribuyen en la conducta, dichos factores los podemos dividir en controlables y no controlables.

6.1 Madurez:

El término madurez psicológica significa "autonomía", "conductas apropiadas a las circunstancias", "equilibrio", "estabilidad", "responsabilidad", "cercanía afectiva", "claridad en objetivos y propósitos", "dominio de sí", etc. Se define en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital. El crecimiento psicológico no cesa en el proceso de maduración.



Conforme el niño madura y pasa las diferentes etapas del desarrollo, adquiere un banco de experiencias, obviamente entre menor es el niño menor son las experiencias y mayor la responsabilidad del odontólogo para enseñarle la manera de comportarse; si el niño es menor de 3 años su grado de maduración no le permitirá formar un cuadro apropiado en su mente, que le permita prepararse para la nueva experiencia o para enfrentarla

6.2 Ambiente:

La familia y el entorno social en el que se desarrolla el niño pueden ser las responsables de sus miedos, inquietudes, rechazos, alegrías, etc. El desarrollo tiene su origen en la disposición hereditaria, que también requiere siempre del medio ambiente para su “desenvolvimiento”; Disposición hereditaria y medio ambiente forman un conjunto indisoluble. Mediante el material genético no se transmiten cualidades ya desarrolladas, sino tan sólo disposiciones, es decir, posibilidades para determinar las cualidades básicas, que el ambiente se encarga de configurar y concretar. Donde cabe mencionar la influencia de la familia, de los amigos y la sociedad en su conjunto, los cuales también ocupan un lugar trascendental en la determinación de esta. Entonces, de esto se desprende que una conducta no es universal entre los distintos sujetos ya que al poseer un fondo distinto, tendemos a actuar de manera distinta aún ante un mismo estímulo.



6.3 Personalidad:

La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.

La manera en que cada ser pensante, actúa sobre situaciones diversas, nos dice algo sobre la personalidad de cada persona, en otras palabras es el modo habitual por el cual cada ser piensa, habla, siente y lleva a cabo alguna acción para satisfacer sus necesidades en su medio físico y social.

Cada persona al nacer, ya tiene su propia personalidad, puesto que desde bebés, los padres dice, “el niño es muy quieto, o es muy enojón etc.” Ya desde ese punto tenemos personalidad. Aunque cabe hacer una aclaración, no nacemos con una personalidad determinada, si no que nacemos con ciertas características propias, que con el paso del tiempo y con el factor más determinante que es el de origen ambiental será como se definirá.

Esta personalidad se irá estructurando y cambiando con el paso de los años, ya sea por la influencia de figuras que significaron algo en la niñez o figuras como los padres, de tal manera que tendremos una personalidad copiada o pre-establecida por esas figuras aunque no estemos conscientes de esto.

La personalidad, será fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y de la integración con grupos sociales.



7. MIEDO Y ANSIEDAD EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

La visita odontológica provoca un cierto grado de aprensión en casi todos los pacientes pediátricos. Los niños responden a situaciones de stress, enfrentándose a procesos mentales y emocionales internos, y las respuestas de conducta externas pueden ser motivadas por conflictos; sin embargo la conducta externa es la única que los odontólogos pueden observar y que comúnmente puede ser evaluada. La mayoría de los niños que enfrentan una visita odontológica demostraran una conducta de acuerdo con la edad y nivel de madurez emocional.

Desde el momento del nacimiento, el ser humano queda expuesto a una serie de acontecimientos en su relación con su medio externo, lo que obliga al organismo a buscar constantemente el equilibrio, el cual se denomina “equilibrio homeostático”.

La pérdida de este equilibrio genera un estado de tensión en el individuo; Bleger¹² sostiene que la tensión recibe distintos nombres, según su predominio en algunas áreas de manifestación en la conducta; si aparece en el área de la mente, se denomina ansiedad; si aparece como fenómeno predominantemente en el cuerpo se denomina angustia; y si aparece ligada a un objeto se denomina miedo. Por lo tanto la conducta es una respuesta al estímulo y a la vez una defensa, que protege al individuo de la desorganización.

La existencia de conductas contradictorias incompatibles entre si, generan un conflicto; estos se plantean en la vida diaria de cada individuo, como consecuencia de situaciones determinadas que se presentan y este reacciona con diversas conductas como por ejemplo el miedo y la ansiedad.



El miedo y la ansiedad durante los tratamientos odontológicos impiden que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo, dificultad en el tratamiento y resultados desfavorables.

La ansiedad puede definirse como una respuesta emocional, que engloba tanto aspectos cognitivos desagradables (tensión y aprehensión), como aspectos fisiológicos y motores, que suelen implicar conductas de carácter negativo.

La ansiedad puede presentarse como una preocupación excesiva o expectación, aprehensiva sobre una amplia gama de acontecimientos. La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o situacionales, o por estímulo interno al sujeto (pensamientos, ideas, imágenes, etc.) que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. El odontólogo debe recordar que la ansiedad per se es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones a fin de mantener la seguridad del individuo.

El miedo representa uno de los principales problemas en el manejo del paciente y es una de las razones importantes por la que las personas no acuden a la atención dental. Es una de las primeras emociones que el niño experimenta en su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen daño y puede identificarlos fácilmente. El miedo es un mecanismo de defensa protector cuando se siente alguna agresión¹³.

Se distinguen dos tipos de miedo o temor objetivo y subjetivo:

- Temor objetivo: es producido por la estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia (miedo aprendido)¹².



- Temor subjetivo: se basa en sentimientos y actitudes que son transmitidas al niño por quienes le rodean sin necesidad de que el niño haya padecido algún incidente¹².

El lactante no tiene conciencia del estímulo que produce el miedo, pero a medida que crece y se desarrolla su capacidad mental, va tomando conciencia de estos estímulos y reacciona ante ellos. Sin embargo dentro de sus primeros años de vida, depende de su madre totalmente; por lo tanto temen estar solos y la separación de su madre constituye para el una amenaza mortal, ya que ella es la fuente de alimentación, protección y sobre todo amor.

A los dos años de edad el miedo a la separación y a lo desconocido es considerado como factor de angustia en los niños, y se acentúa a los tres años cuando el niño se hace consciente de su yo. En la mayoría de los casos, la buena orientación de estos temores hace que el niño los vaya superando con la madurez; pero en otros casos el miedo a la soledad se convierte en ansiedad, y es tal la intensidad, que el niño hace todo lo posible por evitarlo.

Ante las situaciones de peligro o amenaza, la personalidad del individuo adopta conductas de defensa que tienden a eliminar las fuentes de peligro, inseguridad o ansiedad; estas conductas han sido llamadas mecanismos de defensa entre los que tenemos¹¹:

- Represión
- Sobrecompensación
- Proyección
- Regresión
- Conversión
- Retraimiento



8. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

En el desarrollo psicológico hay una permanente interacción entre el ambiente y el factor genético. El factor ambiental es complejo y variado originando los diversos tipos de persona.

En el caso particular de nuestra profesión, algunas variables en el ambiente están representadas por la influencia de los padres, la actitud de la familia, las experiencias previas, el miedo a lo desconocido, presencia de los padres durante el tratamiento dental, el coeficiente intelectual, edad, raza, sexo, duración y hora de la visita (se recomienda que sean visitas cortas y en las primeras horas del día) ¹⁴ la influencia escolar y sus antecedentes medico-dentales, presentando una relación directa de la conducta del niño hacia la consulta odontológica y su reacción frente al ambiente dental, y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental. ¹⁵

8.1 Influencia de los padres

La familia y el entorno social en el que se desarrolla el niño pueden ser los responsables de sus miedos, inquietudes, rechazos, alegrías, etc. Otra de las cuestiones con las que debe lidiar el cirujano dentista es con el hecho de que las familias no siempre son del todo funcionales y en ocasiones no tienen una convivencia armónica, en el consultorio se pueden encontrar desde los niños excesivamente protegidos por sus padres como los que son abandonados en los cuidados que necesitan, ya sea por el trabajo, por algún tipo de rechazo o por problemas emocionales. Los padres deben aprender a tenerle confianza al cirujano dentista para poder ser un apoyo cuando el tratamiento se torne complicado. Aunque en algunas ocasiones es mejor que se mantengan al margen del tratamiento ¹⁶.



Para tener mejores resultados en el tratamiento del paciente pediátrico es necesario ganarse la confianza del niño, de los padres, tratar de alejarles el miedo que les representa la consulta odontológica, hablarles con la verdad, en ocasiones es bueno el comenzar con procedimientos más sencillos, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia. La eficacia de la práctica pediátrica se basa en la buena relación médico-paciente.

8.1.1 Sobreprotección.

El amor y el afecto es un sentimiento normal que los padres le tienen a sus hijos y que le ayudan a su desarrollo psicológico, sin embargo cuando estos sentimientos se tornan obsesivos tenemos como resultado la sobreprotección; esta conducta es potencialmente nociva para el desarrollo emocional del niño¹². Ya que limita su convivencia con otros, manteniendo contacto excesivo con ellos y puede llegar a hablar, actuar y pensar en su lugar; generalmente está acompañada de ansiedad.

Son numerosas causas las que pueden propiciar este tipo de conducta como son, padres que sufrieron en la infancia rechazo o abandono, hijo único, abortos sucesivos, muerte de un hijo prematuro o no, muerte de uno de los padres o separación, o algún padecimiento grave que lo afecte⁹.

Si esta conducta se acompaña de dominancia el niño se torna tímido, pero es un paciente colaborador, aunque es un poco difícil establecer comunicación con él; por el contrario si se acompaña de sobreindulgencia el niño será un paciente medroso y comportarse agresivo si se contradicen sus deseos¹³.



8.1.2. Sobreindulgencia.

La sobre indulgencia puede estar relacionada a la sobreprotección, los padres sobreindulgentes dan al niño todo lo que el quiere mientras sea económicamente posible; esta actitud ésta caracterizada por la poca restricción sobre la conducta del niño.

Estos niños suelen ser malcriados, están acostumbrados hacer lo que ellos quieren, su desarrollo emocional se estanca manteniéndose en un estado infantil, dependiente de que su llanto o berrinche le dará lo que él exige a los padres⁹. Son conocidos como niños sin límite y en el consultorio pueden ser pacientes muy difíciles que muestren berrinches o conductas agresivas cuando no logran dominar la situación¹³.

8.1.3 Sobreautoridad

La madre autoritaria insistirá a que el niño se adapte a una serie de normas, y empleara mucho esfuerzo para educarlo de acuerdo a esas normas. En ésta actitud predomina la imposición de la autoridad por medio de castigos o ridículos verbales, acostumbrados a obedecer ordenes, estos niños se comportan de manera adecuada en el consultorio, aunque pueden retardar el tratamiento mediante conductas evasivas como ir al baño, preguntas frecuentes etc¹³.

8.1.4. Falta de afecto.

Este tipo de conducta va desde la despreocupación a la indiferencia, o al descuido; esta puede empezar durante el embarazo o desarrollarse mas tarde en la niñez; los niños que experimentan la falta de afecto materno en general, se portan bien y aparentan ser bien adaptados, sin embargo tienden a ser inseguros en la toma de decisiones y en la consulta



odontológica se muestran tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrar cierta resistencia a colaborar. Requieren tolerancia y afecto por parte del odontólogo tratante¹³.

8.1.5. Rechazo

El rechazo materno puede surgir bajo cualquier circunstancia en el cual el niño no es querido, se puede manifestar por el descuido del niño, frecuentes castigos, regaños y su resistencia a pasar tiempo con él. El niño puede mostrar un grado de ansiedad extrema, ser agresivo, hiperactivo y desobediente; comúnmente recurrirá a cualquier técnica para obtener la atención, suelen ser pacientes odontológicamente difíciles de tratar ya que requieren afecto y comprensión por parte del odontólogo. Los casos de maltrato deben ser reportados a las autoridades competentes lo antes posible⁹.

8.1.6. Ansiedad materna

Se encuentra una relación significativa entre la ansiedad de la madre y el comportamiento colaborador del niño en la primera visita odontológica; las madres muy ansiosas tienden afectar de manera negativa el comportamiento de sus hijos a cualquier edad, el efecto es máximo en los menores de 4 años¹⁷.

8.2 Niños maltratados

Los niños con malos tratos presentan trastornos del comportamiento importantes, entre los cuales figuran el aislamiento, la depresión, el fracaso escolar la regresión hacia etapas anteriores de su vida; mientras



unos niños muestran un afecto excesivo por las personas, otras se vuelven distantes y cautelosas para establecer relaciones sociales¹⁶.

8.3 Antecedentes medico-dentales

Para el dentista es útil saber que si han estado enfermos en su hogar por periodos prolongados, pueden presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección y sobreindulgencia. Los niños que han estado hospitalizados pueden presentar excelentes adaptaciones a las presentaciones de salud o pueden haber tenido malas experiencias que lo hacen asociar y generalizar temor a la odontología¹.

9. PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA

El lenguaje es el más valioso mecanismo de ajuste que el hombre posee, es un elemento esencial para la integración a una vida social, ya que es el vehículo de expresión y comunicación. El lenguaje de una persona comienza cuando se comprende el esfuerzo para comunicar sus necesidades y responder a las mismas; en la primera infancia esta comunicación se da a través del llanto del bebe, que es la primera y más común forma de comunicación a esta edad.

El paciente de primera infancia, es considerado entre los 0 y 3 años de edad; En esta fase de desarrollo emocional y psicológico hace que la comunicación sea limitada, dificultando el entendimiento entre el niño y el odontólogo.

El comportamiento en el consultorio es muy variable, depende de muchos factores tales como el ambiente sociocultural que es el



equivalente a la forma en que el bebe es tratado en casa y al comportamiento familiar, el grado de madurez del niño en relación a su personalidad, estado de ansiedad y de salud. Sentir miedo es parte de una infancia normal; es la expresión de la necesidad de dependencia del niño, esto ocurre a determinadas épocas de su vida y está ligada a las 4 dimensiones de desarrollo del paciente bebe: la físico-motora, la cognoscitiva, la emocional y la social son estos factores los que generan distintas situaciones durante la consulta¹⁸.

Para poder atender al paciente pediátrico es de suma importancia que el odontólogo conozca las características psicológicas generales del paciente al que se enfrenta de acuerdo a su edad, esto con el fin de conocer algunas técnicas que propicien un abordaje positivo.

9.1 Del primer al sexto mes de vida

El momento del nacimiento es una experiencia muy importante para el ser humano que pasa del llamado estado de nirvana o paradisíaco de vida intrauterina (en el cual tiene el máximo confort), a un ambiente que de pronto le es hostil.

Tiene la necesidad de desarrollar por sí mismo funciones que aseguren su supervivencia. En esta etapa la boca es el centro más activo de sensibilidad. El niño satisface por la boca su necesidad de alimento y afecto, asimismo intenta reconocer su propio cuerpo e interactuar con su ambiente de modo que es normal que lleve a ella los objetos y extremidades de su cuerpo, "el mundo le entra a través de la boca"¹⁸.

En esta etapa el niño presenta un mecanismo emocional pobre, no hay actividad del lóbulo frontal; El comportamiento a esta edad es motivado por el instinto de supervivencia y la satisfacción de sus necesidades como: sed, hambre, enojo, etc.¹⁹

Según Walter, entre el 5-6 mes es una buena edad para que el niño entre en contacto con el dentista, ya que a esta edad los pilares del desarrollo



son las áreas social y emocional, por lo cual el niño desea interactuar con otros y de este modo desarrollar un sentimiento de confianza. El niño es dócil, de fácil manejo y necesita de la presencia materna para tener contactos más prolongados; es importante que durante la consulta valorar la interacción que hay y conocer como los padres perciben su relación con el niño, los hermanos si los hay y otros integrantes de la familia.

9.2 Del séptimo al doceavo mes de vida

Después de los 6 meses reconoce las caras de sus familiares por medio de expresiones faciales y desarrollan vínculos especiales con los adultos que los cuidan. Uno de los aspectos más relevantes del 7° al 9° mes de vida es lo que Spitz denomino angustia del 8° mes, caracterizada por expresiones de ansiedad frente a la presencia de extraños. Habitualmente esto va a producir preocupaciones de los padres por lo cual es importante anticiparlo y ubicarlo en el contexto de maduración social y cognitiva de todo niño.

En términos generales, las situaciones que aumentan la respuesta de temor están dadas por un ambiente no familiar (consultorio) o la aproximación repentina de una persona extraña (el odontólogo) acercándose para examinarlo. En cambio los factores que disminuyen el comportamiento temeroso incluyen el contacto con la madre, un tiempo de familiarización con el nuevo lugar y un extraño que se aproxime lentamente y cuyo comportamiento responde a las expectativas del niño.

La conciencia y la inteligencia se encuentran ausentes durante la primera parte de esta etapa, es hasta el primer año de vida cuando aparece el temperamento y esta suele ser muy sensitivo, y casi siempre se manifiesta por crisis de ira o “Temper Tentrum “a través del cual el niño manifiesta sus gustos y preferencias⁹. Entre el 6° mes y el año y medio



van a ir erupcionando los dientes deciduos comenzando por los incisivos, lo que propicia a que el niño adopte una posición rebelde a la manipulación de su boca; esta es una etapa ideal para dar consejos a los padres sobre la alimentación del niño e iniciar el hábito del cepillado de dientes. Durante el primer año de vida tiene una dependencia absoluta de sus padres, a esta edad aumentan sus capacidades motoras al aprender a caminar, sentarse etc. Su curiosidad aumenta ya que toma objetos y los deja caer, da palmadas, se despide, balbucean algunas palabras. El niño de los 9 a los 12 meses se ha convertido en un gran explorador, aprendiendo sobre el mundo de un modo más activo, ya que aumenta su movilidad general y mejora el uso de sus manos; en esta etapa la tarea de los padres es organizar su ambiente para aumentar la seguridad del niño para explorar. El odontólogo sabrá más sobre el niño y su familia si dedica parte de la visita a verlos jugar ya que es un tiempo plena de crecimiento cognitivo para el niño.

Las habilidades motoras no se adquieren automáticamente y, como las herramientas cognitivas, requieren que el niño se ejercite en un aprendizaje activo.

9.3 Del año al año y medio de vida

Alrededor del año o año y medio tiene una especial importancia la evaluación del crecimiento, es una etapa de autonomía o independencia ya que el niño explora, experimenta, y desarrolla sus funciones físicas, el control de su propio cuerpo y del medio que lo rodea; comienza a tener un control sobre sus esfínteres momento ideal para inculcar hábitos de higiene.

El niño está desarrollado una clara autoimagen de “yo”, comienza a explorar su propia voluntad y por esta razón se denomina edad del



desafío, en esta edad es común la terquedad, las rabietas y el negativismo, su palabra favorita es el “no”. La relación del niño con su medio ambiente determina cuanto es capaz de hacer y decidir por si mismo esto se refleja en el uso de unas 20 palabras aunque puede entender mas de las que puede decir. Pide las cosas señalando e imita las acciones de las demás y utiliza el beso como una señal de afecto.

9.4 Del año y medio a los dos años de vida

Hace gestos para mostrar algo o expresar sus deseos, realiza hasta dos órdenes simples, responde sí o no y comienza a elaborar frases, persiste el miedo a las personas extrañas, ruidos altos y movimientos bruscos; así como a la separación de los padres y esto puede provocar cierto grado de ansiedad. En esta etapa el niño tiene la capacidad para permanecer en una actividad por 8 minutos, ya expresa su fatiga, por lo cual los procedimientos deben de ser breves²⁰.

9.5 De los dos a los dos y medio años de vida

El niño de dos años de edad ha crecido mucho y ha hecho grandes logros, por ejemplo: controla los esfínteres. Desde el punto de vista odontológico se encuentra completando su dentición decidua, es capaz de usar el cepillo de dientes porque domina la prensión voluntaria dígito-palmar, desarrolla destrezas manuales de cierta complejidad y puede comprender órdenes sencillas¹. Amplia su vocabulario hasta unas 50 palabras, construye frases de dos o más palabras, hay un marcado



desarrollo motor, puede subir escaleras con apoyo, corre y salta, hace algunos garabatos; hay una mayor estabilidad emocional, puede esperar durante periodos cortos y suele ser tolerante⁹.

A los dos años y medio se produce un marcado desequilibrio de la conducta ya que a esta edad descubren la doble opción, Descubre que hay dos posibilidades por lo menos, pero no puede todavía elegir, porque no tiene desarrollada la capacidad inhibitoria del saber que si elige algo, pierde siempre lo otro. El quiere las dos cosas, con la consiguiente frustración de todo el medio que lo rodea. Ha descubierto, porque está creciendo, la doble posibilidad⁵.

Hay una gran dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios, y poco desenvolvimiento social además de una total dependencia de la madre. Es una edad razonable y de respeto a todos los aspectos de comportamiento. Una relación positiva entre el niño y su medio ambiente posibilita que en forma eventual encuentre un equilibrio entre sus patrones de conducta, actividades, intereses y sensaciones. El niño gana la confianza al saber lo que quiere y la capacidad para ser independiente. Durante esta etapa el comportamiento del niño suele ser muy egocentrista, su pensamiento es complejo y le falta capacidad para entender que la gente piensa de distinta manera que el. Por otro lado desarrolla actitudes imitativas, no solo de la madre sino también de los hermanos u otros adultos que el odontólogo puede aprovechar.

Cuando el niño alcanza los dos años de edad ocurre una gran transición de la fase de dependencia a la responsabilidad personal y el autocontrol; este reacciona ante las ordenas que le son impuestas con cierta resistencia, en este periodo el aprende a controlar sus sentimientos, siendo capaz de influir en la actitud de los padres. Los comentarios deben de ser breves y simples, ya que la atención en esta etapa es muy limitada¹⁰.



La expresión facial y el tono de voz son más importantes que las palabras, los procedimientos odontológicos deben de ser rápidos pues el no entiende la necesidad de sentarse en el sillón y abrir la boca.

9.6 De los dos y medio a los tres años de vida

A los 2.5 años el cambio en el comportamiento es totalmente significativo respecto a la etapa de los 2 años. En esta etapa el niño se vuelve inflexible y rígido, el espera que le den las cosas tal cual las quiere; es un niño muy dominante y exigente se expresa de forma violenta y resulta muy complicado comunicarse con él.

Construye frases cortas a pesar de que su conocimiento entiende y asimila otras más complejas;

Durante los 3 años ya se comunica con los demás y comienza a razonar, tiene una comprensión del habla es de un 70-80%, construye frases de tres palabras, maneja un vocabulario de 1000. Le gusta tanto dar como quitar las cosas, quiere crecer pero no dejar de ser niño, es la edad de la imitación y de “yo también”; hay una maduración social más amplia, permitiendo relaciones interpersonales más amplias; le gusta hacer amigos y es muy susceptible a los elogios. Es capaz de entender y acatar órdenes verbales, por lo que está apto para iniciar un tratamiento odontológico⁹.

Es la edad de la socialización. Desarrolla gran autonomía y habilidad para las tareas cotidianas. Comienza a vestirse solo y a comer con cierta dificultad.. Disfruta de los juegos colectivos, comprende órdenes complejas y conoce su sexo.

La conducta vuelve a desequilibrarse a los tres años y medio, se vuelven introvertidos y llorones. Por ejemplo: sufren con la llegada del nuevo hermano, cuando están en la recepción del consultorio y llega otro



paciente muy afectuoso no les agrada, ya que les disgusta compartir el afecto de su odontólogo con otros niños. Le tienen miedo al monstruo, aunque en su entorno nunca lo hayan asustado¹⁸.

El odontólogo al establecer contacto con estos niños debe mirarlos a los ojos cuando esté hablando, siempre de modo simple y claro, además de convertir la experiencia de hablar y escuchar en una experiencia agradable. Hasta esta edad persiste el miedo a personas extrañas, ruidos altos, movimientos bruscos y la separación de los padres puede causar ansiedad en momentos críticos; al igual los procedimientos deben de ser breves de manera concisa y clara. Algo muy importante para el odontólogo es que la comunicación se desenvuelve mejorando la relación con él¹⁰.

10. MANEJO PSICOLÓGICO DE LA CONDUCTA

El concepto de neurociencia apareció en una de las teorías de Piaget explicando como todos los procesos mentales entre ellos afectivos, cognitivos tienen bases neuronales; esto ha sido retomado en el siglo XX para explicar cómo las emociones de un niño son producto de un sistema nervioso inmaduro.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (principalmente la madre) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de la personalidad y la adaptación del bebé a nuevas experiencias. La Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño ante nuevas experiencias es determinado en gran medida por su propia autorregulación aun inmadura y la regulación de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo de afecto y seguridad).²¹



El apego proporciona la seguridad emocional al niño de ser aceptado y protegido incondicionalmente. El niño según esta teoría nace con un repertorio de conductas las cuales tienen como finalidad responder a situaciones nuevas a modo de adaptarse a ese medio. Así: la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto, no son más que estrategias del bebé para vincularse con su entorno. Con este repertorio ellos buscan mantener la proximidad de su figura de apego (la madre), resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (ansiedad de separación), y utilizar la figura de apego como base de seguridad.

Así cuando un estímulo llega al niño se adapta esto es la autorregulación. Más tarde Mary Ainsworth (1913-1999) en su trabajo con niños, encontró una información muy valiosa para el estudio de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del “apego”. Ainsworth encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Estos comportamientos dependían de cómo la madre regulaba el estado de estimulación de su hijo

La literatura menciona que el hemisferio derecho es el que se encarga del vínculo afectivo y corporal.²⁰ Así aplicando la teoría del apego: debe ser importante para mantener la conexión entre el odontólogo y paciente de primera infancia, hacer entender a la madre la importancia de ella en este proceso de entendimiento.



Debemos tener en cuenta que hay que ser lo más claro posible con la madre ya que esta es la encargada de transmitir confianza y seguridad al niño, de modo que si generamos dudas, desconfianza, ansiedad en la madre, ella podría actuar de modo incorrecto en cuanto a su actitud con el niño y generarnos que no podamos examinar al bebe, que le causemos una experiencia desagradable o que este rompa en llanto. Hay que mencionar que cuando la conexión entre el odontólogo y el niño se rompe, la madre es la encargada de restablecer la conexión, así se promueve la capacidad de autorregulación.

10.1. Modificación de la conducta

El manejo de la conducta del paciente pediátrico, exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño; la clasificación de este tipo de paciente, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir qué tipo de manejo del comportamiento se le puede dar al paciente.

Para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol.²² Las principales técnicas Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a una niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica.

La aceptación con desgana y la no aceptación son las conductas que con mayor frecuencia se presentan en el consultorio dental, ya que presentan un grado de alteración emocional y por lo tanto se tendrá que modificar su conducta. Hay variedad de técnicas y conductas ya documentadas que



nos ayudan con los pacientes para superar estas conductas y problemas de ansiedad.

- Técnicas de comunicación
- Técnicas de modificación de la conducta
- Técnicas de enfoque físico

10.2 Técnicas de comunicación

La comunicación con el niño es una clave importante para dirigir la conducta en el consultorio dental; el clínico debe de tener la habilidad para establecer comunicación tanto a nivel verbal como por contacto visual. Es importante fomentar una buena comunicación para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro.

En consecuencia al niño se le tendrá que familiarizar con el consultorio en general, mostrándole e indicándole para que sirve el mobiliario, el equipo y en especial el instrumental, para instruirlo en lo que respecta al servicio que da cada instrumento; esto con el fin de reducir un poco la ansiedad y el miedo.

El abordaje del paciente será básicamente a través de la comunicación ya que es la base para establecer la relación con el niño, que permitirá la complementación del tratamiento, mientras que ayuda a una reacción positiva del paciente frente al tratamiento odontológico¹⁰.

La comunicación es un proceso subjetivo, siendo una proyección de la personalidad y de habilidad por parte del cirujano dentista; asociado a este proceso vamos a encontrar las técnicas de decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracción, comunicación no verbal y control de la voz, ludoterapia, lenguaje pediátrico, estas técnicas son fundamentales para el manejo del paciente de primera infancia.



10.2.1. Decir-mostrar-hacer.

En la literatura anglosajona se conoce como “tell-show-do”, habitualmente se conoce como “diga-muestre-haga” o de la triple E (EEE), “explique-enseñe-ejecute”.

Desde su introducción por Addelston en 1957 esta técnica ha permanecido como un pilar dentro de las técnicas en el manejo de la conducta¹⁵; se basa en la recopilación de conceptos de la teoría de aprendizaje, su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.

Es un método que modela el comportamiento y podrá ser utilizado para introducir al niño a la consulta, consiste en explicar los procedimientos al paciente (hablar), demostrar su aspecto visual y auditivo (mostrar) y realizarlo (hacer). Es importante la utilización de vocabulario de acuerdo a la edad.

Esta técnica es realizada con habilidad en conjunto con técnicas como comunicación no verbal y refuerzo positivo. El niño demuestra poder comprender el sentido de las palabras antes de producirlas, este comprende el tono de voz empleado para producir las palabras que oye y con el tono están asociadas las sensaciones agradables. La comprensión que un niño de dos años tiene es mejor que su capacidad para poder usarlas; por lo tanto esta es un buen recurso para el manejo aun siendo difícil la comunicación.

Esta técnica es realizada por lo general en la primera consulta, y repetida siempre que se inicien nuevos y desconocidos procedimientos, también es un auxiliar en pacientes que vivieron experiencias previas negativas con la odontología, y para que el niño se adapte a los ruidos que generan los aparatos¹⁰.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en pacientes que han desarrollado la comunicación.
- ❖ Contraindicaciones: No esta contraindicada sin embargo es poco eficiente en pacientes muy pequeños³.

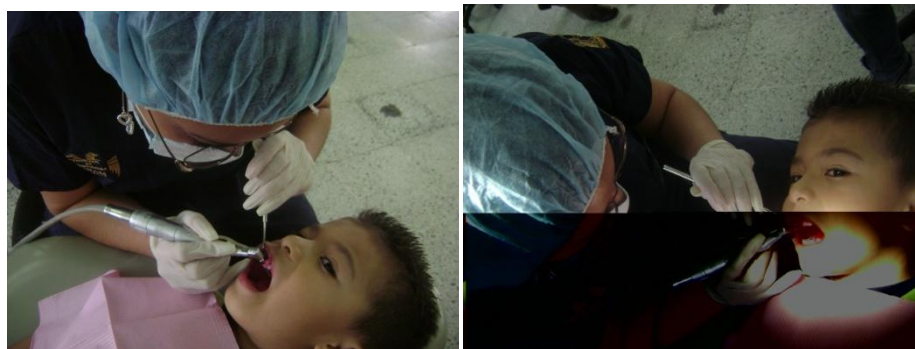


Fig. 9 Técnica decir-mostrar-hacer²Fd.

10.2.3. Refuerzo positivo.

Saber premiar al niño en el momento correcto enfatizando el buen comportamiento es muy productivo, el objetivo es que al ser motivados repitan el comportamiento positivo en la próxima consulta.

Esta es técnica consiste en recompensar al paciente, por comportamientos aceptables y reforzar la repetición de estos

comportamientos. El refuerzo positivo se clasifica en dos formas social que incluye las expresiones faciales, las muestras de afecto o los elogios, y el no social que incluye los premios o juguetitos²³.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada³.



Fig.10 Premiar al niño después de una conducta apropiada^{2 Fd}.

10.2.4 Distracción.

Esta técnica es usada para desviar la atención del niño durante los procedimientos dentales desagradables por medio de la diversión. Los juguetes llamativos e interesantes pueden ayudar a distraer al niño, otra manera es utilizar el dialogo de manera parecida para distraer al niño, catar canciones que le gusten, el uso de videos con programas infantiles para niños es efectivo para niños de preescolar en adelante; para niños más pequeños resulta mejor juegos que puedan tocar o apretar¹⁰.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en cualquier paciente.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada pero es más eficaz en niños que ya desarrollaron la comunicación³.



Fig.11 Distractores antes de la consulta^{2 Fd}.

10.2.5 Comunicación no verbal.

Esta técnica, refuerza y guía el comportamiento a través del contacto, la postura y la expresión facial; tiene como objetivos mejorar la efectividad de otras técnicas de abordaje basadas en la comunicación, además de obtener y mantener la atención del paciente. La comunicación no verbal es establecida a través de la sonrisa, la simpatía, amabilidad, y entendimiento que irradian las personas a través de la mirada²².

Los sonidos y las palabras no se diferencian en las primeras edades de la infancia, el niño construye su comprensión, a través del tono de voz y la relación y comprensión que tiene con los gestos; la conversación no solo debe ser natural si no que también expresar alegría amistad y respeto. Otra estrategia puede ser el contacto, para el Dr. Correa el contacto es una técnica simple para reducir el miedo al tratamiento odontológico, ya que el tocar las manos, el cuidado, la protección de los brazos, son experiencias esenciales para la protección y el acondicionamiento del pequeño, esto con el objetivo de que el niño se sienta seguro, protegido y desarrolle confianza con el odontólogo durante el tratamiento dental¹⁰.



- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes especialmente en pacientes de corta edad que a un no han desarrollado la comunicación verbal.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada³.

10.2.6 Control de voz.

Consiste en una alteración controlada del volumen y tono de la voz para influenciar y dirigir el comportamiento del paciente. Tiene como objetivo desviar la atención del niño de su conducta inadecuada, además de mostrarle la presencia de la autoridad que tiene el odontólogo. El control de voz es una combinación de la comunicación verbal y la no verbal; pues la información no solo es transmitida con palabras si no que también se acompaña del contacto visual, expresión facial y de la postura¹⁰.

Durante el tratamiento con pacientes muy pequeños el tono de voz del odontólogo deberá de ser suave trasmitiéndolo tranquilidad, cerca de los tres años con alterar el tono de voz conseguiremos colocar limites cuando ocurra un comportamiento indeseable¹⁰

- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes, especialmente en aquellos que presentan una conducta rebelde y que pretende manipular a la autoridad.
- ❖ Contraindicaciones: Pacientes que no están en edad de asimilarla.

10.2.7 Ludoterapia.

En psicología es de suma importancia el jugo infantil, ya que este tiene cualidades pedagógicas, y terapéuticas que ayudan a superar diferentes problemas educativos. En odontología el juego se enfoca en disminuir o eliminar tensiones o miedos mediante la distracción del niño, el juego lo

debe de iniciar el odontólogo ya que así se muestra más accesible y refuerza la comunicación con el paciente; de acuerdo a la edad es el tipo de juego que se emplea con el niño¹⁵.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes y resulta muy eficaz en niños de casi dos años en adelante, ya que a través del juego podemos educar.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada¹⁵.



Fig. 12 Ludoterapia^{2 Fd}.

10.2.8 Lenguaje pediátrico.

Al hablar con un niño se debe de tener mucho cuidado en escoger el lenguaje apropiado, se basa en el nivel del niño y las palabras e ideas que pueda entender, sin mentirle al niño. Al escoger el lenguaje hay que relacionarlo con experiencias y situaciones que nos permitan al niño explicarle y que nos entienda; pero no extenderse o explicar demasiado ya que podíamos aumentar su ansiedad. En niños pequeños podemos de agregar algo de fantasía¹⁵.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada pero de acuerdo a la edad se debe de adaptar el tipo de palabras a usar.



10.3 Técnicas de modificación

Con el fin de obtener la cooperación del niño, el odontólogo, no solo debe de establecer una buena comunicación adecuada si no también emplear técnicas eficaces de de modificación de la conducta; los psicólogos y psiquiatras han desarrollado varias técnicas con el fin de las conductas negativas de los pacientes, a estas se les conoce como técnicas de modificación de la conducta, y consiste en cambiar un comportamiento individual hacia un nivel deseado de forma gradual, requiriendo de tiempo y paciencia por parte del odontólogo para la aplicación de cualquier técnica. Se basa en la introducción planeada de los procedimientos, con el fin de preparar gradualmente al niño y que acepte el tratamiento de modo relajado y cooperador.

El método gradual en la modificación de la conducta puede requerir tiempo y hasta cierto punto se puede ver como un retardo en el tratamiento, pero cuando se obtiene la cooperación del niño y la aceptación del tratamiento el esfuerzo del odontólogo es recompensado y el tiempo invertido será entonces una buena inversión. Entre estas técnicas tenemos la desensibilización y la imitación y modelamiento.

10.3.1 Imitación y modelamiento

El procedimiento consiste en permitir a un paciente ver el comportamiento apropiado de otro frente a una situación particular, el paciente frecuentemente imitara la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. El modelo puede estar presente o en videos; es una técnica que brinda un beneficio importante con un mínimo esfuerzo, de gran utilidad para mejorar la conducta de los niños aprensivos sin alguna experiencia dental.

El procedimiento de modelado sirve para estimular la adopción de nuevas conductas, facilitar conductas que ya estén en el repertorio del paciente de forma o momento más apropiado, desinhibir conductas ocasionadas por temor y para suprimir el miedo.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes que tengan un desarrollo emocional y de comunicación verbal suficiente para entender el objetivo de la técnica.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada³.



Fig. 13 Técnica de imitación y modelado²F^d.

10.3.2 Desensibilización

Literalmente significa quitar la sensibilidad hacia alguna cosa, y en lo que a la experiencia dental se refiere, a las emociones o temores a lo desconocido, al instrumental, los sonidos etc. La desensibilización real significa que estas emociones fueran eliminadas o por lo menos reducidas. Los terapeutas han demostrado que este es un buen método para reducir la ansiedad mal adaptada, la técnica consiste en inducir al paciente en estado de relajación, y describirle mientras esta relajado escenas imaginarias con sus temores, estas escenas se le presentan al

paciente de forma gradual de modo que aquellas que provocan una mínima ansiedad sean presentadas primero, gradualmente urgen situaciones mayores de stress, sin embargo la ansiedad es minimizada.

En odontopediatría la técnica clásica es muy útil, claro con algunas variaciones, con esta técnica el paciente sustituye una conducta inapropiada por una más apropiada mediante relajación.

Es importante conocer la base del temor infantil, y partir de aquí romper los vínculos entre este y los condicionamientos que provocan los miedos, pues evita que el paciente contacte con la realidad, si se puede exponer al niño con la situación las posibilidades de que el miedo y la ansiedad disminuyan aumentan por que el niño contacta con la realidad.

- ❖ Indicaciones: Se emplea en todos los pacientes.
- ❖ Contraindicaciones: No está contraindicada³.



Fig. 14 Desensibilización^{2 Fd}.

10.3.3 Mano sobre Boca

Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño. Cuando éste acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración. Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla, el objetivo es establecer comunicación y autoridad con el paciente.

- ❖ Indicaciones: Un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde.
- ❖ Contraindicaciones: Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.



Fig. 15 Mano sobre boca^{2 Fd}.



10.4 Restricción física

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como procedimientos clínicos aceptados a un con base científica para llevar a cabo procedimientos dentales. Sin embargo, la inmovilización parcial o completa del paciente algunas veces puede ser necesaria para proteger al paciente y al profesional, esto debido a diversas situaciones que pueden presentarse, como falta de cooperación debido al temor a lo desconocido o a la mala información de padres o familiares; que conlleva al niño a crear un ambiente adverso y un comportamiento inapropiado mientras se realiza el tratamiento dental.

La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción de no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción (papoose board, Pedi-Wrap, etc.). También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica.

Para tomar la decisión de usar un restrictor se debe de tomar en cuenta

- a) Otras alternativas de técnicas de conducta
- b) Necesidades dentales del paciente
- c) Calidad del cuidado dental
- d) Desarrollo emocional del paciente
- e) Consideraciones físicas del paciente
- f) Edad del paciente



Los objetivos de la restricción física:

Proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar.

10.4.1 Indicaciones:

Pacientes que requieran diagnóstico y tratamiento, que no puedan colaborar debido a la incapacidad física o mental.

En pacientes que requieran de tratamiento, que no puedan cooperar, o con quienes las técnicas de conducta existentes han fracasado, o que no se puedan aplicar por una enfermedad.

Cuando la seguridad del paciente y de dentista están en riesgo, de no aplicarse las medidas de restricción.

10.4.2 Contraindicaciones:

En pacientes cooperadores.

En pacientes que no puedan utilizar el restricción, por su condición sistémica.

En pacientes que hayan sufrido de abuso violencia o abandono.

Cuando no es autorizado por los padres.

Es muy importante que la historia clínica cuente con el consentimiento informado, con las explicaciones de por qué se está utilizando y sobre todo con la información y explicación a los padres.

10.4.3 Camita o tabla y red

Es un auxiliar en el manejo de la conducta y consiste en un dispositivo que permite sujetar al paciente, por medio de una red sujeta a la camilla sin lastimar al paciente; es de fácil adaptación en el sillón dental, y el paciente.



Fig. 16 Uso de la camita² Fd.

10.4.4 Bloques de mordida.

Tenemos dos tipos de bloques, el abreboca y los bloques de goma; el abreboca es útil para el tratamiento de pacientes difíciles y los que contienen el control muscular deficiente, permite el acceso del lado contrario de la boca y actúa a través de un mecanismo de tijera es necesario tener cuidado al usar el abreboca ya que se puede lacerar el labio, paladar, y la boca no se debe de forzar más allá de la posición aceptable. Los bloques de goma se ajustan a las superficies oclusales de los dientes y hacen que se establezca la boca en posición abierta, es importante que los bloques de mordida estén asegurados mediante hilo dental para recuperarlos en caso de que se desprendan y también es necesario permitir que los pacientes descansen unos minutos²⁴.



Fig. 17 Uso del abreboca durante la consulta^{2 Fd}.

10.4.5. Unidades para bebés.

Existen varias maneras de realizar la inmovilización física y el posicionamiento del niño durante el tratamiento, lo más importante es que esta permita la visibilidad y el punto de apoyo adecuado para el trabajo del cirujano y del personal.

10.4.5.1. En el sillón dental.

Se coloca en posición horizontal, teniendo la cabeza apoyada por el odontólogo, que permanece sentado del lado izquierdo, y con la mamá en diversas posiciones; lo que facilitara su participación activa durante la atención.

- a) La madre puede quedarse de pie de lado del sillón, de manera que no interfiera en el espacio de trabajo, y en algunos casos sujetar las manos y las rodillas del niño, con el fin de limitar los movimientos del niño.
- b) La madre puede permanecer recostada en el sillón, frente al niño, de cubito apoyada sobre los codos y sosteniendo las manos y piernas del niño.
- c) La madre puede tomar la posición de montar en el sillón, de frente al niño, teniendo la libertad de participar en la atención del niño,

con el propósito de movimientos inadecuados; sin tener que hacer algún esfuerzo.

- d) La madre podría acostarse en el sillón y el niño sobre su tórax, de la misma manera el odontólogo sujeta la cabeza del niño, y la madre quedara atenta a los movimientos de los brazos y las piernas, en caso necesario serán sujetados por los brazos de la madre¹⁰

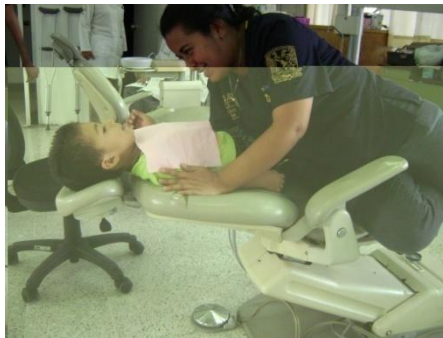


Fig.18 Diferentes posiciones que puede tener la madre^{2 Fd}.

10.4.5.2. En los brazos de la madre.

Es un método eficiente, sobre todo en la consulta inicial, la madre se sienta en la silla, cargando al niño en sus brazos con la cabeza del lado derecho; el odontólogo se coloca del lado derecho y sostiene la cabeza del niño con las manos mientras usa el espejo para el examen¹⁰.



Fig. 19 En los brazos de la madre^{2 Fd}.

10.4.5.3. Knee to Knee.

El odontólogo y la madre permanecen sentados en las sillas a una misma altura, quedando frente a frente y manteniendo sus rodillas en contacto; con las piernas de la madre y del odontólogo se forma una camilla en la cual se recuesta al niño. La madre sujeta los brazos del niño y mantiene inmovilizadas sus piernas mediante una leve presión de sus brazos, mientras el odontólogo apoya su cabeza, es una técnica ideal para enseñar los procedimientos de higiene bucal y el examen clínico en niños de 0 a 1 año de edad².



Fig. 20 Técnica Knee to Knee^{2 Fd}.



10.5. Sedación y anestesia general.

Durante muchos años las técnicas tradicionales de manejo de la conducta como: control de voz, decir mostrar y hacer, etc. han sido utilizadas sin tener mucho éxito en un grupo de pacientes que no pueden controlar la ansiedad que les genera el tratamiento odontológico. Malas experiencias previas, fobias al odontólogo o simplemente la edad del paciente son variables que influyen en la manera como estos reaccionan ante el tratamiento dental.

Entre estas técnicas más avanzadas se tiene la sedación y la anestesia general; Según La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) los objetivos de la sedación en pacientes pediátricos son:

Proveer, facilitar y aumentar un buen cuidado del paciente, minimizar los comportamientos extremadamente disruptivos, promover una respuesta positiva al tratamiento odontológico, promover el bienestar y la seguridad del paciente, garantizar que el paciente regrese al estado fisiológico que presentaba antes de la sedación.

Sedación Leve (consiente).

Estado inducido por un medicamento en el cual los pacientes responden normalmente a los comandos verbales. La función cognitiva y la coordinación de estos pacientes pueden verse afectadas, aunque la función respiratoria y cardiovascular no. Dentro de la sedación oral encontramos medicamentos como las benzodiazepinas, antihistamínicos, narcóticos, hipnóticos etc. y de la sedación por inhalación tenemos al óxido nítrico y el oxígeno²⁵.



Anestesia general.

Este es un procedimiento intrahospitalario, que requiere de especialistas preparados. Además de las consideraciones legales y el consentimiento informado de los padres.

10.6. Tratamientos alternativos.

Existen varias técnicas alternativas para el manejo de la conducta del paciente, pediátrico. Algunas de estas técnicas son más usadas que otras, esto depende del grado de repercusión en el control de las emociones del paciente; Algunas de estas técnicas son:

10.6.1. Musicoterapia

La musicoterapia es el uso de la música y de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) con un paciente o grupo de pacientes con el fin de brindarles soporte emocional e indirectamente un efecto relajante divergiendo la atención al dolor y otros estímulos que provocan estrés²⁶.

Las técnicas de musicoterapia son variadas, por ejemplo:

- ✓ El paisaje sonoro: recreación de sonidos del ambiente.
- ✓ La envoltura sonora: Selección del repertorio musical, instrumentos y timbres.
- ✓ Cantar canciones conocidas por el paciente, trabajando el contenido musical a partir de la propia música o letra.
- ✓ Acompañamiento de canciones conocidas con instrumentos.
- ✓ Creación de canciones nuevas.



El uso de la música facilita, además, la comunicación entre los miembros de la familia del paciente, convirtiéndose así en una terapia familiar. Se ha demostrado que la musicoterapia puede tener efectos significativamente positivos sobre el comportamiento. Mencionan que puede romper con los patrones de aislamiento y mejorar el desarrollo socioemocional.

10.6.2. Aromaterapia.

Una de estas es la terapia floral de Bach.

Estudios anteriores relacionados con la atención al niño que gran cantidad de ellos sienten temor a la atención estomatológica, es necesario que ese niño logre controlar ese miedo de tal forma que pueda ser capaz de cooperar con el tratamiento.

La terapia floral de Bach, constituye una terapia capaz de actuar holísticamente en enfermedades tanto físicas como orgánicas y ayudar a las personas a manejar situaciones de conflictos, encontrar las soluciones o adaptarse a las nuevas circunstancias; ella reequilibra los niveles energéticos del individuo, y constituye un método muy sencillo y económico para la aplicación durante el tratamiento²⁷.

11. ÉTICA EN ODONTOPEDIATRÍA

La odontología pediátrica se ha convertido en una parte cada vez más relevante de la atención integral para la salud, por consiguiente es de suma importancia que los odontólogos estén capacitados para hacer frente no solo a los problemas bucales de los niños, sino también al desarrollo psicológico. Como cualquier otra rama de la odontología, casi a diario se producen nuevos progresos y avances científicos por lo que el estudiante o el profesional deben mantenerse al corriente en estos avances.



La práctica de la odontopediatría como cualquier otra rama de odontología debería practicarse y regirse por una filosofía simple pero fundamental en el desarrollo y el ejercicio de un odontólogo, “tratar al paciente y no al diente”; Implícita en esta forma de pensamiento esta la obligación de considerar los sentimientos del niño, ganar su confianza y cooperación, efectuar el tratamiento que requiera y sea el ideal para el, además de promover la futura salud bucal, mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas sobre el tratamiento.

El ejercicio de la medicina y sus diferentes ramas en ocasiones puede ser llevado a cabo sin la calidad requerida, dando lugar a que, al tomar decisiones equivocadas o realizar procedimientos sin el dominio necesario del tema, se pueda actuar sin ninguna consideración ética.

En odontología como en otras áreas de la salud, existen principios y protocolos que permiten ofrecerle al paciente una atención adecuada. Sin embargo como todo ser humano el profesional de la salud bucal, durante el proceso de enseñanza aprendizaje, e inclusive durante el ejercicio profesional, no está exento de cometer ciertos errores y caer en una mala práctica al no hacer uso de la ética, conocimientos teóricos y técnicas adecuadas.

11.1 Ética profesional.

Hablar de la ética profesional en forma subjetiva no acarrea ningún beneficio práctico inmediato. Es necesario hablar objetivamente y poner en términos reales todos sus conceptos.

Se puede reconocer que hasta antes de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) las quejas que se conocían eran muy pocas; a partir de la creación de esta las quejas van



umentando, y según las estadísticas las quejas más frecuentes se refieren a cuestiones éticas que van desde la desinformación del paciente hasta las iatrogenias²⁸.

Durante la formación profesional de los estudiantes, las universidades, los planes de estudio y los programas académicos buscan enseñar los aspectos éticos de la profesión, así como sus propósitos y objetivos.

Hablar de ética profesional o de los valores que se nos inculcan en el proceso de educación normalmente se hace desde una perspectiva individual y se puede dar por hecho que la conducta ética la tenemos como un reflejo de la aplicación de la disciplina, lo cual no es necesariamente cierto ya que los aspectos que conciernen a las actitudes y valores, normalmente tiene otros reflectores y no solo la disciplina.

Durante las actividades clínicas, el alumno aplica los conocimientos teóricos y comprueba sus habilidades diagnósticas y prácticas, para la atención del paciente.

La odontología es una profesión con actividad humana, es una forma de trabajo donde se ponen de manifiesto interacciones entre personas; La profesión por lo tanto tiene una dimensión ética, es importante considerar esta dimensión en lo referente a la dignidad de la acción productora y de sus correspondientes productos y exclusivamente de la remuneración económica, pues tanto el acto productor y el producido deben de ser realmente benéficos en la conservación y el mejoramiento de la sociedad. Cada grupo profesional debe ser consciente de la esencia de su servicio y tiene además, como un deber el definir la problemática moral que puede presentar en su ejercicio, definición que está abierta al enriquecimiento por razón del devenir y de la transformación en que se desarrolla su ejercicio.

Según la UNESCO hoy en día es un compromiso de las universidades la formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social; ya que cada día la sociedad demanda la formación de



profesionales capaces no solo de resolver con eficiencia problemas de su práctica profesional, si no también y funcionalmente lograr un desempeño profesional ético y responsable²⁹.

“ un profesional es competente no solo por que posee conocimientos y habilidades que le permiten resolver eficientemente los problemas profesionales, sino también por que manifiesta una motivación profesional sustentada en intereses profesionales y dispone de recursos que le permiten funcionar con flexibilidad, reflexión, iniciativa, perseverancia, autonomía, perspectiva futura en su actuación profesional, de tal manera que posibilita un desempeño profesional eficiente y responsable” (Gonzales M)³⁰.

Los profesionistas responsables están comprometidos con sociedad de manera responsable para la ejecución de ciertas tareas; dicha responsabilidad moral tiene como centro las decisiones tomadas autónomamente por los pacientes para que pueda ser moralmente aceptadas.

La odontología manifiesta por lo menos tres clases de deberes, primero el conocimiento, la segunda las habilidades, destrezas y experiencias del profesional, y la tercera son las actitudes que el odontólogo requiere demostrar, contar, expresar y expresar con sus pacientes en todo momento; estos deberes en conjunto nos van a dar la responsabilidad moral.³¹

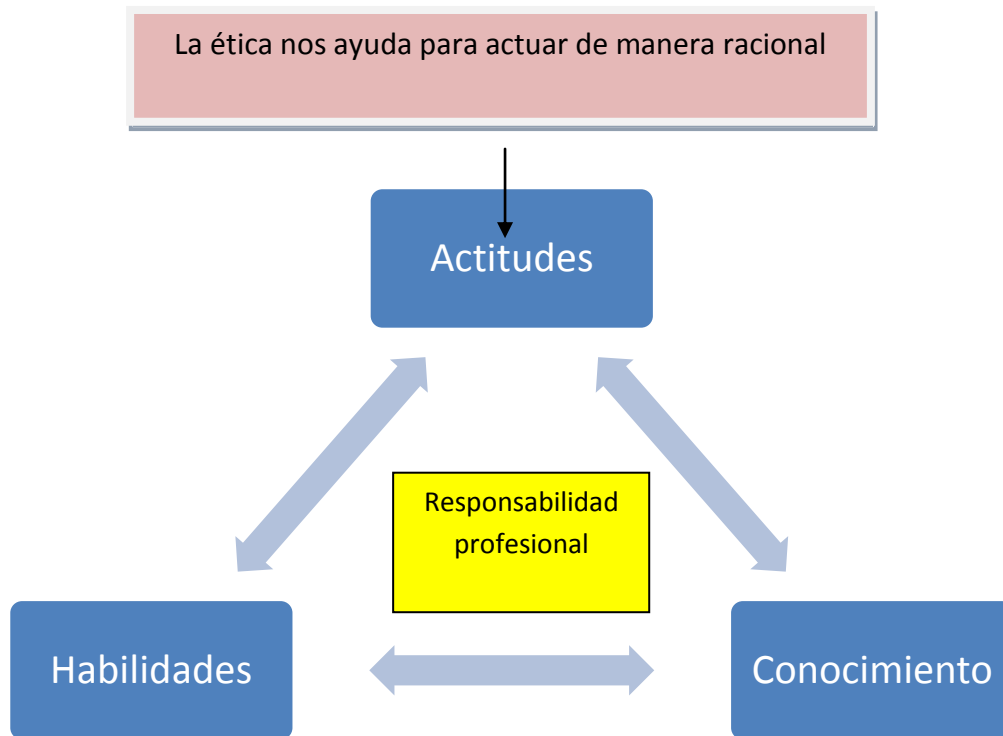


Fig. 21 Deberes y responsabilidad profesional ²⁷.

A estos factores debemos de adicionar el carácter de quien la ejerce, desde donde surge, el criterio prudente para la toma de decisiones clínicas que se orientan hacia mejorar el interés del paciente.

11.2. Relación en la triada Padres-Odontólogo-Paciente.

Hoy por hoy tenemos innumerables recursos para la rehabilitación bucal, y la odontología se vuelve más especializada; a pesar de que estos aspectos son importantes, muchas veces nos volvemos demasiado "técnicos", olvidándonos de tratar a nuestros pacientes como personas ya que cada uno tiene características propias.

En el caso del paciente pediátrico su personalidad va relacionada con los factores ambientales que lo rodea, tales como la familia, cultura, nivel de educación, nivel socioeconómico, etc. Cada niño pide por sus características propias, abordajes especiales y variados; es aquí cuando el profesional es asignado a practicar diferentes tipos de atenciones, y debe poseer además de la instrucción técnica profesional una formación humana esmerada basada en el respeto y comprensión de los individuos como personas todas diferentes.

En odontopediatría la relación con el paciente no es lineal como sería en el caso del adulto, a esta relación se une un componente más, los padres dando como resultado un triángulo, dinámico encaminado a tomar las mejores decisiones para el paciente, así como una complicidad odontólogo-niño y buscar una perfecta relación humana.

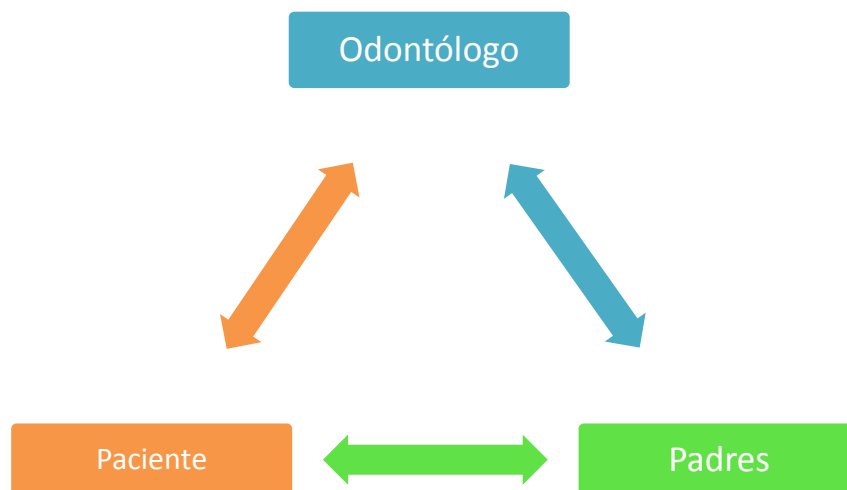


Fig. 22 Relación en odontopediatría².



En lo que corresponde al componente paciente, debemos tener en cuenta diversos factores como la edad, experiencias previas; los niños de primera infancia durante la consulta odontológica necesitan conocer, explorar y moverse, estas conductas deben de ser permitidas para después enseñar las de nuevas imágenes y sonidos. Las ventajas de esta guía inicial que permiten una interacción en la consulta odontológica pueden marcar positivamente para las visitas futuras.

En el desarrollo emocional del paciente de la primera infancia es sumamente importante la relación que este tenga con sus padres ya que influye de manera directa con su comportamiento, por tal razón es fundamental una relación de comunicación y complicidad entre padre-paciente-odontólogo. Siendo la comunicación la base de cualquier relación y un punto clave en la interacción entre estos.

El componente padres: en el caso de los niños su derecho de autonomía es ejercido por sus padres; en los últimos tiempos la relación padre e hijo han cambiado de manera significativa, lo que ha tenido un gran impacto en las conductas.

Estos cambios son atribuidos a factores como el internet, padres solteros o ambos trabajan, la vida moderna; todos estos factores tienen influencia en la autoridad y disciplina de los padres ya que hoy educan de manera más permisiva y no tan rigurosa. Lo que como consecuencia, trae niños con baja tolerancia a la frustración, más egocéntricos e impulsivos.

Es por esto que las técnicas de manejo de la conducta forman parte importante de la formación del odontopediatra.

En lo que corresponde al profesional, debe de tener los conocimientos, habilidades, valores, y carácter para determinar el mejor tratamiento para su paciente.



11.3. Consentimiento Válidamente Informado.

El Consentimiento válidamente informado es una de las aportaciones más valiosas del derecho a la práctica médica, sin embargo, más allá de ser un acto jurídico o normativo es simplemente, un acto humano, de comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos³².

Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio y no maleficio, respetando en todo momento su voluntariedad y asumiendo de esta manera, todos, un compromiso.

El consentimiento informado incluye los siguientes conceptos:

1. Derecho a la información ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el tratamiento, con el diagnóstico de presunción o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.
2. Libertad de Elección: Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la



calidad de su vida o su dignidad. Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado; sin haberlo explicado claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento. El médico deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción. El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.

3. Riesgos e inconvenientes:

En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, familiares y o tutor, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente en uso de sus facultades mentales, aún en caso de que la opinión de la familia sea diferente.



12. CONCLUSIONES

- ✓ Nosotros, como futuros odontólogos, debemos de buscar la manera adecuada para cada paciente que llega a nuestra consulta, y más si son pacientes bebés o de primera infancia, es necesario tener cuidado, mucha paciencia y conocimientos.
- ✓ Para el manejo de niños se debe aplicar en primera instancia la comunicación y los métodos de manejo conductual.
- ✓ Debemos tener en cuenta las diferentes formas en que el paciente puede reaccionar ante nuestra presencia y saber elegir la técnica de manejo de conducta más adecuada para cada paciente.
- ✓ Debemos desarrollar una buena relación con la madre o padre del niño, ya que ellos se mostrarán más colaboradores si demostramos que somos dignos de confianza.
- ✓ Una buena técnica de diagnóstico es esencial ya que se debe tener principalmente la precisión y velocidad a la hora del examen, ya que el tiempo en el que el niño abre la boca es corto.
- ✓ Es importante tener en cuenta todas las variables que influyen en el manejo del niño, así como saber cómo podemos manejarlas.



MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE DE PRIMERA INFANCIA DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA



- ✓ Es un error asumir que la práctica clínica solo requiere de conocimientos y habilidades por parte del profesional, por el contrario cualquier decisión tomada por el odontólogo involucra siempre aspectos morales.
- ✓ Es de gran importancia la primera visita al odontólogo durante la primera infancia, ya que mediante esta se pueden prevenir muchos padecimientos bucales.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹López Jordi María del Carmen, Fundamentos psicosociales del comportamiento del paciente en la atención odontopediátrica facultad de Odontología. Universidad de Uruguay. 2008
- ²Fd Fuente directa.
- ³ PRECONC I. Odontología integral para niños I. Washington: serie Paltex. OPS; 1993
- ⁴ CARDENAS J. Odontología Pediátrica. 4ª. ed. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas; 2009.
- ⁵ La psicología infantil - Presentación Transcripción <http://www.slideshare.net/vinayjindalthegreat/childpsychology.htm>. 2003
- ⁶ PSICOLOGIA COGNITIVA.
http://www.bibliodgsc.unam.mx/tesis/tes9sarg/sec_2.htm 2005
- ⁷ BARBER. K. Odontología pediátrica. España. Manual moderno; 1985
- ⁸ Arellano SC, Elías Podestá MC. Neurociencia cognitiva y afectiva: implicancia de las teorías del apego y la autorregulación en la práctica clínica de la odontología para bebés, 2006,9 (5), (6). <http://www.odontobebeperu.org/articulos.html>
- ⁹ Thomas K. Barber. Odontología pediátrica. Editorial manual moderno. 1985.
- ¹⁰ Ripa LW, Barenie JT, Manejo de la conducta odontológica del niño, Ed. MUNDI S.A.I.C. y F. Buenos Aires, Argentina, 1984.
- ¹¹ Barbería E. Odontopediatría. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001
- ¹² SOGBE de Agell R. Conceptos básicos en Odontología Pediátrica. F.O. Universidad de Venezuela. Ed. Disinlimed. Caracas 1996. Pp. 37-46.
- ¹³ BOJ Juan R. Catalá Monserrate. García Ballesta Carlos. Odontopediatría. Ed. Mason. Barcelona España. 2004. Pp. 258-259.
- ¹⁴ Barbería L. ED. Mason, s.a. España 1995. PP. 115-136.
- ¹⁵ Escobar MF, Odontología pediátrica. Editorial Amolca. Segunda edición. 2006: 40 – 42



-
- ¹⁶ Pérez Navarro Norailys, González Martínez Cristina. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad Rev. Cubana Estomatol 2002; 39(3)
- ¹⁷ MC. DONAL Ralph. Avery David R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6^a Edición. Madrid España. Ed. Harcourt Brace 1998.
- ¹⁸ Variación comportamental durante la consulta estomatológica de bebés Diplomado en Odontopediatría. Unidad de Segunda Especialización. Facultad de Estomatología. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. VOL. 06 N° 02 MAYO AGOSTO 2009
www.actualidadodontologica.com/0908/articulo1.shtml
- ¹⁹ Walter RLF. Ferele A. Miaki. Odontología para el bebe. Brasil: Actualidades medico odontológicas.2000.
- ²⁰ Nahas P. Correa. Odontopediatría en la primera infancia. Brasil: grupo editorial nacional. 2009.
- ²¹ Arellano SC, Elías Podesta MC. Neurociencia cognitiva y afectiva: implicancia de las teorías de apego y de la autorregulación en la práctica clínica de la odontología para bebes. Asociación de odontología para bebes. <http://www.odontobebeperu.org/pdf/NEUROCIENCIA.pdf>
- ²² Cameron AC, Widmer RP. Manual de odontología pediátrica, Ed. Harcourt Brace de España S.A. Madrid, España. 1998. <http://salud.edomex.gob.mx/html/doctos/ensenanza/inves/memorias2.pdf>
- ²³ Bordoni. Escobar, Odontología pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Ed. Panamericana. Buenos aires 2010.
- ²⁴ Braham Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica: Revista latinoamericana de odontopediatría y ortopedia, 2005.
- ²⁵ Ana María Álvarez Sedación oral: fundamentos clínicos para su aplicación en odontología Revista CES Odontología Vol. 19 - No. 2 2006



-
- ²⁶ Cruz Chu et al, La música como método alternativo del manejo de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatol. Herediana v.15 n.1 Lima ene./junio 2005
- ²⁷ García Corona M., Comportamiento clínico del miedo infantil al estomatólogo con tratamiento de flores de Bach. 2007. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est10307.html.
- ²⁸ Ma. Isabel de Fátima Iuegas La bioética en la relación clínica en odontología, revista ADM, vol. LX No. 6, 2003. pp. 233-239.
- ²⁹ Juan Manuel Briseño Cerda, La responsabilidad profesional en odontología, revista ADM, vol. LXIII No. 3, 2006. pp. 111-118.
- ³⁰ Ángel Francisco Álvarez Herrera, Valores de ética profesional en los estudiantes de la carrera de cirujanos dentistas. El significado de dentista competente, revista ADM, vol. LXIV No. 4, 2007. pp. 158-167.
- ³¹ Oliva Te-Kloot Jorge, Consideraciones morales en la toma de decisiones clínicas con el paciente menor de edad, Facultad de odontología Universidad del desarrollo, Concepción, 2010.
- ³² Verónica Alcántara Suárez, Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México, revista ADM, vol. LXI No. 1, 2004. pp. 35-38.