



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AUTOESTIMA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

KARINA ALEJANDRA UGALDE PÉREZ

TUTOR: Esp. ROSA EUGENIA VERA SERNA



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.



Agradecimientos.

A mis padres por haberme dado la oportunidad de estudiar esta carrera que amo como a mi vida misma.

Papá Arturo, gracias por el apoyo y la orientación que me has dado durante mi vida y gracias a ti me realizaré como profesional. Te agradezco los consejos sabios que diste en los momentos exactos que necesité, para no dejarme caer y afrontar los obstáculos que se han interpuesto durante esta travesía. Te amo mucho, eres mi héroe, eres mi ejemplo de fortaleza y lucha y gracias a ti que todo se puede en esta vida si uno se lo propone.

Mamá Ma. Elena, tu eres la persona que siempre me ha levantado los ánimos durante toda mi vida tanto en mi etapa de estudiante así como en mi vida personal. Gracias por tu paciencia y por esas palabras de alivio que das durante mis enojos, alegrías, tristezas, llanto. Te amo mucho, gracias por ser mi amiga y ayudarme a cumplir este sueño, eres mi heroína.

A mis hermanas Norma y Ximena, las amo con todo mi corazón, gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, por ser mis cómplices en mis etapas de locura, por estar ahí cuando las necesito.

A mis sobrinos Danae y Alan, gracias por existir mis bebés siempre estaré para ustedes, y crean en sus sueños porque si se vuelven realidad, los amo.

A mis tíos, tías, primos, primas por estar ahí siempre que los necesito son ejemplos de vida increíbles, no sé qué haría sin ustedes, Gracias. Los quiero mucho.

A mis abuelos que son los cimientos de toda la familia, gracias por ser quienes fueron y lo que son. Los quiero mucho.



Dra. Rosi, gracias por haberme orientado y apoyado durante este nuevo reto en mi vida que con gran interés y una entrega total han sobrepasado por mucho todas las expectativas que como alumna deposité en usted.

Adrian, gracias por estar en mi vida, por compartir conmigo esta etapa de triunfos y logros que para mí es muy importante. Te amo mucho.

A la UNAM, por abrirme las puertas de esta gran casa de estudios y hacer que este sueño se vuelva realidad, ahora sí puedo decir que soy 1000% hecha en CU.



ÍNDICE

Introducción.

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES

| | |
|--|-----------|
| 1.1 Definición de autoestima..... | 8 |
| 1.2 Teorías de desenvolvimiento..... | 9 |
| 1.2.1 Teoría psicoanalítica..... | 9 |
| 1.2.2 Estados psicosociales de Ericsson..... | 11 |
| 1.2.3 Teoría organísmica o cognitiva..... | 13 |
| 1.2.4 Teorías del aprendizaje..... | 13 |
| 1.3 Desarrollo emocional del niño..... | 14 |
| 1.4 La modulación de la expresión oral..... | 15 |
| 1.5 Características de la emociones en los niños..... | 15 |
| 1.6 Comportamientos comunes en la infancia..... | 16 |
| 1.6.1 Miedo..... | 17 |
| 1.6.2 Ansiedad y preocupación..... | 18 |
| 1.6.3 Agresividad..... | 19 |
| 1.6.4 Rabia o ira..... | 20 |
| 1.6.5 Llanto..... | 21 |



| | |
|--|-----------|
| 1.6.6 Cariño..... | 22 |
| 1.6.7 Timidez..... | 23 |
| 1.7 Crecimiento emocional del niño..... | 23 |

CAPÍTULO 2. MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.

| | |
|---|-----------|
| 2.1 Manejo de la conducta..... | 24 |
| 2.2 Variables que influyen en el comportamiento odontológico infantil..... | 26 |
| 2.3 Diagnóstico de la conducta..... | 28 |
| 2.4 Clasificación de la conducta..... | 29 |
| 2.5 Técnicas de control de la conducta..... | 31 |
| 2.5.1 Técnicas de comunicación..... | 32 |
| 2.5.1.1 Lenguaje pediátrico..... | 33 |
| 2.5.1.2 Decir- mostrar- hacer..... | 35 |
| 2.5.1.3 Control de voz..... | 36 |
| 2.5.2 Técnicas de modificación de la conducta..... | 37 |
| 2.5.2.1 Modelamiento..... | 37 |
| 2.5.2.2 Desensibilización..... | 38 |
| 2.5.2.3 Refuerzo positivo..... | 40 |
| 2.5.3 Técnicas de enfoque físico..... | 41 |



| | |
|---|----|
| 2.5.3.1 Control de la cavidad oral..... | 42 |
| 2.5.3.2 Mano sobre boca..... | 43 |
| 2.5.3.3 Dispositivos especiales..... | 44 |

CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE.

| | |
|---|-----------|
| 3.1 Odontología y su influencia en la autoestima del niño..... | 45 |
| 3.1.1 Estrés..... | 47 |
| 3.1.2 Bullying..... | 49 |
| Conclusiones..... | 53 |
| Bibliografía..... | 54 |



Introducción.

La autoestima es un tema de interés para el profesional de la salud ya que es un elemento básico para la formación personal de cada niño, conforme va transcurriendo la edad cronológica del niño así mismo se dará su desarrollo psicológico y físico.

La autoestima es una pieza fundamental en la construcción de la confianza y la aceptación del niño de sí mismo durante su infancia y adolescencia.

El entorno social, las costumbres, la actitud de los padres y en este caso el odontólogo, son los responsables de mejorar la autoestima del niño en la consulta odontológica y en la vida diaria, porque como es de suponer, el niño está expuesto a emociones agradables y desagradables que lo hará sentir feliz o insatisfecho y ello repercute en su conducta emocional; por lo que es importante abordar temas como el desarrollo y crecimiento emocional del niño, comportamientos habituales de los niños en la consulta odontológica, manejo de conducta para crear un ambiente de respeto y una comunicación positiva tanto con los padres como los niños durante el tratamiento dental.



CAPÍTULO 1. GENERALIDADES.

1.1 Definición de autoestima.

La autoestima puede tener un papel importante sobre cómo se sienten las personas respecto de sí mismos y en qué tanto disfrutan de las cosas o se preocupan por ellas.

Para entender la autoestima, es útil separar el término en dos palabras.

La palabra *estima*, significa que alguien o algo es importante, especial o valioso. La palabra *auto* significa la misma persona. Por lo tanto, uniendo las dos palabras, es más fácil darse cuenta de lo que es la autoestima. Es “un juicio personal del valor, indica hasta qué punto alguien se cree capaz, importante, exitoso y valioso”.¹ En otras palabras; es cuánto las personas se valoran así mismos y qué tan importante piensan que son. Es la forma en la que se ven y cómo se sienten con respecto de las cosas que pueden hacer.

La autoestima no tiene que ver con jactarse, sino con llegar a saber qué cosas hacen bien y cuáles no tanto. Muchas personas piensan en cuánto les agradan otras personas o cosas, pero realmente no piensan demasiado en si se agradan así mismos.

No se trata de pensar si son perfectos, porque nadie lo es. Incluso si creen que algunos otros hacen todo bien, pueden estar seguros de que hay cosas en las que son buenos y cosas que les resultan difíciles.

Lo más importante que deben saber sobre la autoestima es que significa verse así mismos de un modo positivo que sea realista, lo que implica que es

¹ **Meece J L.** Desarrollo del niño y del adolescente para educadores. México: McGraw- Hill; 2000. p. 271.



la verdad. De modo que si saben que hacen bien las cosas, pero no son buenos en otras, aún pueden tener una gran autoestima.²

1.2 Teorías del desenvolvimiento.

El desenvolvimiento del niño es continuo, integral y multidimensional (físico-motor, cognitivo, emocional y social), variando de niño a niño, de acuerdo con sus características biológicas hereditarias y del ambiente con el cual interactúa.

Las teorías ofrecen una especie de mapa, al describir y explicar la gran diversidad de desenvolvimiento y comportamientos humanos.³

1.2.1 Teoría psicoanalítica.

Según Sigmund Freud; esta teoría explica el comportamiento humano que comprende los procesos subyacentes de la psique, término griego que se refiere al alma, al espíritu o a la mente; cuya característica primordial es que el comportamiento es gobernado por procesos inconscientes y conscientes y que la personalidad tiene una estructura que se desarrolla a lo largo del tiempo. Propuso la existencia en tres partes:

1. *Id* (centro de la libido): El bebé es todo instinto, todo deseo, sin la influencia limitadora del *ego* y *superego*
2. *Ego* (más consciente, el ejecutivo de la personalidad): Comienza a desenvolverse de los 2 a los 4 años de edad, conforme el niño aprende a modificar sus estrategias de gratificación.

² **KidsHealth, The Nemours Foundation.** La historia de la autoestima. USA [Internet]; abril del 2012 [consulta 07 septiembre del 2014]. Disponible: http://kidshealth.org/kid/en_espanol/sentimientos/self_esteem_esp.html

³ **Guedes- Pinto AC., Bönecker M., Rodrigues CR.** Fundamentos de Odontología. Odontopediatría. Brasil: Livraria Santos Editora; 2011. p. 31.



3. Superego (dentro de la conciencia y moralidad): A medida que el niño incorpora los valores y costumbres de su país, normas y limitaciones morales de la familia y sociedad.⁴

Esta teoría rompió con la creencia de que la sexualidad comenzaba en la adolescencia por los cambios hormonales, ya que afirmó que el niño tiene sexualidad desde que nace, encontró que el origen de las conductas era la vida sexual del individuo, que se consolidan en cinco etapas de formación:

Etapa Oral (1er. año de vida): El niño para sobrevivir, depende de otra persona durante un largo periodo de tiempo como es cuidado físico, alimentación y primordialmente la relación emocional con la madre; esta dependencia termina alrededor de los nueve meses, cuando el niño comienza a desarrollar actividades motrices.

En esta etapa siente el placer de succionar, alimentarse y conocer el mundo a través de la boca. A partir de la erupción de los dientes pueden morder y desgarrar, en este periodo de erupción pueden acontecer numerosos trastornos somáticos asociados al sueño, pérdida del apetito, fiebre, diarrea resfríos; estas molestias pueden desestabilizar a los padres.

Etapa Anal (2do. año de vida): El niño percibe sensaciones placenteras al expulsar o retener contenidos uretrales y anales, pues en esta etapa comienzan a controlar sus esfínteres y durante estos ensayos el niño expresa rabia y enojo y se niega a los requerimientos de los adultos, la personalidad con respecto a la ternura, las posesiones y la adquisición de bienes se organizan en esta etapa.

Etapa Fálica- Edíptica (El niño de 3 a 5 años): Recupera su amor hacia la madre en el caso de los niños, en cambio las niñas vuelcan su amor hacia el

⁴ Guedes- Pinto AC. Op. cit. p. 31.



padre. Se identifican con personas del mismo sexo y pasa a desear el del sexo opuesto.

Tienen sensaciones placenteras las cuales se originan de sus genitales, por lo cual muestran una curiosidad por la diferencia anatómica del sexo opuesto y sus juegos se centran en la exploración de sus genitales ya que es importante para la formación de la identidad sexual.

En esta etapa hay un intento de dominar sus temores y el miedo a lo desconocido ya que el niño relata todo lo que ocurre en su mundo e indaga sobre eso que desconoce cuestionando del ¿POR QUÉ?.

Etapa de Latencia (De los 6 años hasta la pubertad): Inicia el periodo escolar en donde es juzgado por sus propios actos, lo cual incrementa su angustia de separación y abandono. A medida que va madurando pierde la fidelidad hacia sus padres y se da cuenta que no son omnipotentes.

Las mujeres maduran antes que los varones esto marca el final de la niñez y el comienzo de la pubertad y la adolescencia.

Etapa adolescente (De los 10-12 años hasta los 18-25 años): En esta etapa las mujeres sufren cambios hormonales y por lo tanto físicos, estos cambios en los varones ocurrirán un par de años después, comienza el interés por la vida sexual. El individuo se vuelve capaz de amar en un sentido genital más amplio, el de perpetuación de la vida.⁵

1.2.2 Estados psicosociales de Ericsson

La teoría psicosocial es una variación de la teoría psicosexual de Sigmund Freud, la cual establece que los estados de desarrollo están mucho más influenciados por las demandas culturales comunes a niños de cada edad, es decir; todos los niños avanzan a lo largo de la vida de una

⁵ **Bordoni N., Escobar AR., Castillo RM.** Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Argentina: Panamericana; 2010. Pp. 63-65.

secuencia fija de tareas o dilemas, cada una centrada en el desarrollo de una determinada faceta de identidad (Cuadro 1).

| ESTADOS DEL DESARROLLO PROPUESTAS POR ERICSSON | | |
|---|---|---|
| Edad | Calidad de ego a desarrollarse | Tareas y actividades del estado |
| 0-1 | Confianza básica por desconfianza básica. | Confianza en la madre y en la propia capacidad de hacer que las cosas acontezcan |
| 2-3 | Autonomía por vergüenza | Camina, agarra y otras habilidades físicas. Entrenamiento esfinteriano (ir al baño), aprende su control aunque puede desarrollar vergüenza si no fue orientado correctamente. |
| 4-5 | Iniciativa por culpa | Organiza actividades alrededor de algún objeto. Mas asertivo y agresivo El conflicto con alguien del mismo sexo puede llevar a la culpa |
| 6-12 | Diligencia por inferioridad | Absorbe todas las habilidades y normas básicas de la cultura. |
| 13-18 | Identidad por confusión de papeles | Se adapta a cambios físicos de la pubertad, elección profesional Adquiere su identidad sexual adulta y busca nuevos valores |
| 19-25 | Intimidad por aislamiento | Establece relaciones íntimas Se casa y forma grupos familiares |
| 26-40 | Generalidad por estancamiento | Genera y crea hijos. Se centra en la realización o creatividad profesional y entrena próxima generación. |
| 41+ | Integridad de ego por desespero | Integra etapas anteriores y llega a un acuerdo con identidad básica |

Cuadro 1. Teoría psicosocial propuesta por Ericsson.⁶

⁶ Guedes- Pinto AC. Op cit. pp. 32-33.



1.2.3 Teoría organísmica o cognitiva.

Según Piaget, esta teoría nos explica que el desarrollo emocional y psicológico del niño se da por medio del perfeccionamiento de sus habilidades cognoscitivas, es decir; que el individuo aprende sus habilidades motoras y emocionales por medio de un proceso de adaptación por iniciativa propia, que se describen en cuatro diferentes etapas: sensoriomotor, preoperatorio, operatorio completo y operatorio formal.^{7,8}

1.2.4 Teorías del aprendizaje.

Estas enfatizan más el ambiente que moldea al niño (experiencias). El comportamiento humano es inmensamente flexible. Dentro de este proceso, se destacan:

Condicionamiento clásico: Comprende la adquisición de nuevas señales para respuestas existentes, por ejemplo; si se toca a un bebé en la mejilla, él voltará la cara en dirección al toque.

De acuerdo con esta teoría, ocurre una asociación entre un sentimiento, acción o estado fisiológico y un evento que sirve de estímulo.

Condicionamiento operante: La asociación con una nueva respuesta a un antiguo estímulo, por la aplicación de los estímulos de refuerzo adecuados. Cualquier comportamiento que sea reforzado tendrá una probabilidad mayor de ocurrir otra vez en la misma situación o una parecida.⁹

La psicología aplicada a la Odontopediatría permite tratar al niño de modo adecuado en cada año de vida permitiendo promover su salud integral y desarrollar un vínculo positivo.

⁷ **Cárdenas DJ.** Odontología pediátrica. Fundamentos de Odontología. 4ª ed. Colombia: Fondo editorial CIB; 2009. p. 27.

⁸ **Guedes- Pinto A.** Op. cit. p. 33.

⁹ **Guedes- Pinto A.** Op. cit. p. 35.



1.3 Desarrollo emocional del niño.

En el desarrollo y personalidad del niño existe la aparición, maduración y control de los estados emocionales en donde el niño da sentido y significado a actividades vitales que sirve de motivación y referencia para su actitud frente a la vida, ya que es necesario que las emociones estén presentes al constituir una reacción con funciones indispensables:

- a) Comunicar necesidades intenciones o deseos y pedir respuesta.
- b) Movilizar acción en situaciones de emergencia (miedo, sorpresa).
- c) Promover exploración del ambiente (interés, curiosidad, entusiasmo).

Las experiencias emocionales positivas o negativas, interactuando con la base de personalidad heredada, determinan el temperamento de cada niño, su disposición o estilo de acercamiento y reacción ante las situaciones.

En el periodo neonatal se pueden observar reacciones de placer o displacer. Reacciones de desagrado provocadas por movimientos bruscos, ruidos intensos, inmovilización y respuestas placenteras, cuando el niño es acariciado, antes de que cumpla su primer año hay expresiones emocionables que el adulto ya reconoce; alegría, miedo, enojo, seguido de emociones que requieren de mayor desarrollo intelectual (felicidad, curiosidad, envidia, ansiedad, celos). Las circunstancias que se manifiestan, van cambiando con la edad, según con su evolución de madurez, interés y valores ya que las emociones se muestran cada vez más específicas, a medida que se desarrolla el lenguaje se agregan verbalizaciones, disminuyendo las respuestas motoras, pues su respuesta emocional se hace más dirigida, menos casual y menos caótica.¹⁰

¹⁰ **Escobar FM.** Odontología pediátrica. 2ª ed. Caracas: Medica Ripano; 2004. p. 27.



1.4 La modulación de la expresión emocional.

Los cambios en la maduración del individuo tienen su base en la maduración del individuo y el aprendizaje que éste efectúa. El papel de la maduración se hace evidente al reconocer al sistema nervioso y desarrollo endocrino como determinantes de la capacidad de responder emocionalmente. El desarrollo intelectual le permite percibir significados en circunstancias que antes no las tenía, el desarrollo de la imaginación y la comprensión.

El aprendizaje determina la forma como se expresan las emociones. La conducta emocional provoca respuestas en el entorno social del niño, en donde algunas serán aceptadas, premiadas y suprimidas con grados variables de firmeza esto producirán una adaptación del individuo a las formas de expresión emocional aceptables para su grupo social.¹¹

1.5 Características de las emociones en los niños.

Existen diferencias entre las emociones de los niños pequeños y las de los adolescentes y adultos, así que este hecho evitará que el adulto considere las respuestas infantiles como inmaduras y castigarlos por no comportarse “como deberían”.

Para el odontopediatra es imperativo conocer los rasgos que caracterizan las emociones infantiles, ya que de otro modo se podrían involucrar emocionalmente y así perder gran parte del control de la situación.

- *Brevedad:* En niños las emociones son de corta duración (pocos minutos), ya que al manifestar su emoción se “desahoga” en breve plazo.

¹¹ Escobar FM. Op. cit. p. 28.



- *Intensidad:* En el niño las crisis son de intensidad que rara vez se aprecia en los adultos, pues carece de proporción entre estímulo y la respuesta.
- *Transitoriedad:* Hay cambios en los estados de humor en un corto plazo de tiempo, de crisis de llanto a risa con los ojos llenos de lágrimas ya que no hay una comprensión total de la situación o estímulo.
- *Frecuencia:* Si la emoción está presente en casi todas las actividades el niño reacciona a todas ellas las veces posibles, lo contrario en el adulto, ellos controlan sus emociones.
- *Visibilidad:* Las emociones se hacen más evidentes y se manifiestan en la atención, la inquietud, los movimientos constantes, los sueños, dificultades de lenguaje, llanto, euforia, manifestaciones extremas de cariño, generosidad, entre otras.¹² Con el desarrollo las emociones cambian con fuerza y forman la interacción entre el ser y su medio. Los padres y la sociedad, enseñan a los niños a adquirir formas socialmente aceptables, lo cual, en esencia es el control de la expresión emocional. La fuerza de la expresión varía con la edad dependiendo del desarrollo de las capacidades intelectuales, cambios de interés y escala de valores.

1.6 Comportamientos emocionales comunes en la infancia.

De acuerdo a las circunstancias, las reacciones emocionales se manifiestan cada vez más complejas con el progreso de desarrollo psicológico, desde aquellas tan fáciles a otras relativamente elaboradas por el individuo y sus múltiples contactos con el ambiente.¹³

Los niños cuando son conducidos de forma adecuada durante su atención, se comportan de manera satisfactoria y favorable para la

¹² Escobar FM. Op. cit. p. 29.

¹³ Escobar FM. Op. cit. p. 30.

realización de los procedimientos, sin embargo, debido a múltiples factores pueden presentar comportamientos y reacciones que necesitan especial atención.¹⁴

Algunos de estos factores son:

1.6.1 Miedo

Entiéndase miedo como un estado emocional ante el peligro, caracterizado por el conocimiento del mismo y que provoca una sensación psicológica; su objeto causante es definido y puede ser enfrentado, atacado, tolerado (Figura 1).



Figura 1. Miedo al dentista.¹⁵

El miedo se clasifica en:

- *Miedo objetivo*: Es una experiencia anterior desagradable y elaborada por el propio niño.

¹⁴ **Guedes- Pinto AC.** Op. cit. p. 37.

¹⁵ <http://www.clinicarezola.com/wordpress/wp-content/uploads/2014/05/El-miedo-al-dentista.jpg>



- *Miedo subjetivo*: Se da a partir de la información que se le da al niño por adultos o niños mayores por las experiencias que vivieron y los niños fantasean sobre ellas.¹⁶

Este miedo está relacionado a la falta de confianza sobre las personas, a ser engañados, a perder el control, a lo desconocido y miedo a la invasión de su espacio; esto también depende de la edad y de un amplio número de factores (el ambiente, el aprendizaje y la valoración sociocultural).^{17,18}

Para facilitar la comprensión infantil según sus temores y su edad son:

- *Primera infancia*: Ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, personas, lugares, y objetos extraños, lugares altos, soledad, dolor.
- *Periodo preescolar*: Temores específicos como médicos, dentistas, policías fantasmas, esqueletos y “el coco”.
- *Periodo preescolar tardío*: La oscuridad, quedarse solo, a lo imaginario y sobrenatural.
- *Periodo escolar*: Además del temor a lo imaginario, hay temor a elementos naturales (truenos, rayos, tempestad), al daño corporal, al ridículo, los fracasos, a la pérdida de la imagen y deterioro de su autoestima.¹⁹

1.6.2 Ansiedad y preocupación

La ansiedad es un estado psíquico donde predominan sentimientos de carácter amenazador que son desencadenados por estímulos, ya sea internos o externos, de origen imaginario o real; éste no tiene objeto definido.

¹⁶ **Guedes- Pinto AC**. Op. cit. p. 38.

¹⁷ Ib.

¹⁸ **Escobar FM**. Op. Cit. p. 30.

¹⁹ Ib.



Algunas causas que generan la ansiedad: temor de ser abandonado, debido a la culpa o negación de autonomía y posición, cuando se le impide realizar tareas para las cuales ya está listo, roces entre los padres, interferencia con la actividad física, nacimiento de un hermano, muerte de algún familiar, poco espacio para jugar, tratamientos médicos u odontológicos previos.²⁰

Sin embargo, la preocupación es una forma de temor que no es provocada por un estímulo directo que pueden derivar de situaciones ideadas que a su vez pueden representar amenazas a futuro y para que esta emoción se haga posible debe haber un desarrollo intelectual más avanzado.²¹

1.6.3 Agresividad

Este tipo de pacientes rechazan el tratamiento con una agresión verbal o física hacia sus padres, el profesional de salud y auxiliar²² (Figura 2). Esto se debe a que el niño quiere:

- Recibir o llamar la atención para sí mismo
- Expresar su dificultad de comprensión y adaptación del mundo donde vive y personas cercanas.
- Expresar sentimientos de rabia por causas reales o conocidas (de hechos ya sucedidos).
- Expresar sentimientos de inseguridad, inferioridad, baja autoestima, rechazo, ansiedad de no entender de lo que pasa en su entorno social.
- Repitiendo comportamientos agresivos observados que acaban aprendiendo.

²⁰ **Guedes- Pinto AC.** Op. cit. p. 38.

²¹ **Escobar FM.** Op. cit. p. 31.

²² **Cárdenas DJ.** Op. cit. p. 29.

- Avisar que no es capaz de expresar sentimientos profundos y verdaderos en relación a las personas y situaciones.
- Alguna disputa de poder entre los hermanos en el hogar, entre amigos en la escuela.²³

Para lograr una atención armoniosa necesitamos saber la naturaleza de esa agresión, mantener el autocontrol y tratar de mejorar la relación y el trato que en ese momento se requiera.



Figura 2. Disputa entre amigos por algún objeto.²⁴

1.6.4 Rabia o ira

Fue definida por Kjiner como una respuesta muscular donde hay excitación motora global. El psicólogo Izard la describe como una respuesta emocional primaria que se presenta cuando un organismo se ve bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad.²⁵

²³ **Guedes-Pinto AC.** Op. cit. pp. 38 - 39.

²⁴ <http://la1260.com.mx/cmai/images/nagresivos.jpg>

²⁵ **Mars VL.** Psicología online. España [Internet]. [Consulta 22 de Septiembre del 2014.] Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/pir/emociones-negativas-la-ira.html>



La ira es provocada por la frustración en la obtención de algo, ocasionada por los impedimentos que el adulto opone a la realización de los deseos del niño.²⁶

Cuando se presenta este comportamiento sucede que el niño llora, grita, se tira al suelo, rueda, se golpea la cabeza, las manos, los pies, golpea a los adultos, da puñetazos, puntapiés, insulta, muchas veces llega a la apnea y convulsión.²⁷

Desde etapas muy tempranas (niños de meses de vida) puede haber repuestas de esta índole al impedirle hacer movimientos. En la primera infancia cuando se les sujeta de ambas manos puede que se ponga rojo ante algo tan trivial, ya que en esta etapa se está desarrollando la coordinación muscular, y muchas otras causas que puedan desencadenar esta respuesta ya que el niño está sujeto a cambios emocionales constantes en su vida.²⁸

1.6.5 Llanto

Es una respuesta automática o voluntaria ante una situación o experiencia emocional (sufrimiento, dolor, tristeza, frustración, confusión, ira, incapacidad de expresar sus sentimientos de una manera adecuada). Los niños lloran por muchas razones y el grado de angustia depende de los niveles de desarrollo y de experiencias previas. (Figura 3).

²⁶ **Guedes- Pinto AC.** Op. cit. p. 39.

²⁷ **Guedes- Pinto AC.** Op. cit. p. 39.

²⁸ **Escobar FM.** Op. cit. p. 32.



Figura 3. Niño llorando porque no quiere ser abandonado por su madre.²⁹

Una función básica del llanto es señalar una necesidad ya que es la principal manera de atraer la atención y que las personas vayan hacia a ellos. El llanto de rabia es más alto y más intenso. El llanto de dolor tiene un comienzo muy abrupto, los llantos de hambre o sufrimiento muchas veces comienzas con lloriqueos o gemidos.³⁰

1.6.6 Cariño

Es una relación emocional hacia una persona, animal o cosa por experiencias agradables. (Figura 4) En el niño el cariño aparece espontáneamente, provocado por un estímulo social de esa naturaleza. A los seis meses es cariñoso con sus familiares, con miedo a extraños. En el segundo año de vida, se quiere a sí mismo, a sus juguetes y otras posesiones. En el cuarto año de vida está en proceso de independencia lo cual permite establecer relaciones de cariño con otros niños (amigos). El niño mayor de seis años de vida no acepta expresiones exageradas de cariño, pues es su vocabulario expresa su cariño y admiración de una manera sobria ya que él busca aprobación y aceptación en su manera de actuar.³¹

²⁹ <http://www.holaciudad.com//nino-llorando-i01530002346770100000000.jpg>

³⁰ **Guedes-Pinto AC.** Op. cit. p. 39.

³¹ **Escobar FM.** Op. cit. p. 33.

Si sus interacciones con el medio son placenteras, sentirá más afecto por sus componentes. El factor más importante que los niños necesitan es afecto, en forma apropiada a su fase de desarrollo.³²



Figura 4. Bebé mostrando su cariño hacia la madre.³³

1.6.7 Timidez

Es cuando una persona se siente un poco asustado aun cuando tiene gente a su alrededor, los temperamentos tímidos están asociados con niveles altos de ansiedad, el niño es muy callado, esta físicamente muy cerca, sostenido de la madre y no sostiene la mirada.

1.7 Crecimiento emocional del niño.

El hombre ante todo es un ser social, pues depende de su ambiente social no solo para sobrevivir físicamente si no para su desarrollo psíquico y espiritual. La herencia cultural proporciona a los seres humanos, contenido y forma a su existencia.³⁴ Al crecer los niños, son más conscientes de sus sentimientos y los de otras personas y regulan mejor sus expresiones emocionales en situaciones sociales.

³² Escobar FM. Op. cit. p. 33.

³³ http://www.kineqs.cl/uploads/images/imgs_articulos/bb.png

³⁴ Muslow G. Desarrollo emocional: Impacto en el desarrollo humano. Educacao: Porto Alegre, 2008; 31(1): 61-65. p. 63.



La vergüenza y el orgullo dependen de la conciencia que los niños tengan de las consecuencias de sus propios actos y de acuerdo al tipo de socialización que hayan experimentado, tienen determinadas opiniones sobre sí mismos.

El control de las emociones negativas indica un crecimiento emocional de los niños, pues aprenden a conocer qué los enoja, atemoriza o entristece y cómo se reacciona ante estas emociones; así modifican su respuesta pues diferencian entre sentir una emoción y expresarla.

CAPÍTULO 2. MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.

2.1 Manejo de la conducta

El manejo de la conducta fue denominado por muchos años al proceso de dirigir un niño a través de una consulta odontológica. En 2003, la Academia Americana de Odontología Pediátrica colaboró en una reunión nacional sobre el manejo de la conducta, se enfocó en las técnicas, así como en el ambiente cambiante y las tendencias de las prácticas odontológicas pediátricas. Introdujo el término “orientación de la conducta”, para enfatizar que los objetivos no son “lidar” con los niños, sino más bien reforzar la comunicación y colaboración con el niño y los padres para promover una actitud positiva y con ello una excelente salud oral. Tratar un niño, se traduce en una relación de uno o dos entre el odontólogo, el paciente pediátrico, y los padres o tutores; esta relación es conocida como el triángulo pediátrico de tratamiento odontológico.³⁵ (Figura 5)

³⁵ **Mc Donald RE., Avery DR., Dean JA.** Odontología para el niño y el adolescente. 9ª ed. New York: Amolca; 2014. p. 27.

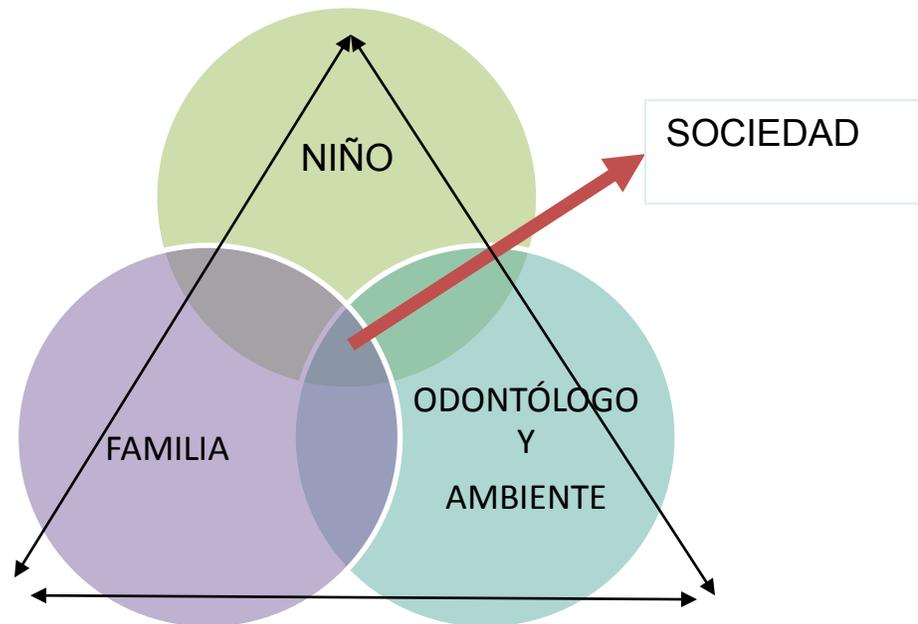


Figura 5. Triángulo pediátrico de tratamiento odontológico ilustrando las relaciones básicas de la Odontología.³⁶

Los métodos de manejo aceptables para la sociedad han sido factores que han influenciado las modalidades de tratamiento. Hay que hacer hincapié en que el niño está en la punta del triángulo y es el foco de atención tanto del padre y la madre como del equipo odontológico.

Se ha mostrado que las actitudes de las madres afectan de manera importante los comportamientos de sus hijos en el consultorio odontológico. Debido a que los cambios ocurren de manera constante dentro de cada personalidad, hay un cambio continuo entre las esquinas del triángulo. También las flechas colocadas sobre las líneas de comunicación nos recuerdan que esta comunicación es recíproca. Este concepto es importante para entender las técnicas de orientación de la conducta.³⁷

³⁶ **Mc Donald RE.** Op cit. p. 27.

³⁷ Ib.



2.2 Variables que influyen en el comportamiento odontológico infantil.

Las respuestas de los niños al entorno odontológico son diversas y complejas. Los niños se presentan a la atención odontológica con diferencia de edad, madurez, temperamento, experiencia, antecedentes familiares, cultura y estado de salud bucal. Klingberg y Broberg, en una revisión de literatura de 1982 a 2006, informaron que los problemas de miedo/ansiedad dental y los de orientación de la conducta eran relativamente frecuentes en pacientes pediátricos odontológicos, cada uno afecta a un 9% de los niños y adolescentes.³⁸

La mayoría de los profesionales de la salud reconocen con facilidad a los niños con problemas de orientación de la conducta dental, mientras que el miedo y ansiedad pueden ser más sutiles. El miedo puede ser una reacción normal para los niños pequeños, sobre todo en situaciones no familiares en las que carecen de control o perciban el potencial para el dolor. Cuando el niño aumenta su capacidad de anticipar, entender y controlar sus impulsos, se espera que los temores disminuyan. Sin embargo, el miedo o la ansiedad son desproporcionados, con respecto a la situación, es probable que con una experiencia desagradable el niño pueda llegar a ser poco cooperativo exhibiendo un comportamiento inadecuado. Para lograr resultados satisfactorios (el cumplimiento, el alivio de la ansiedad, la realización de una atención de calidad, el desarrollo de las relaciones de confianza) se debe valorar al niño y a la familia con el fin de prepararlos para participar activamente, y de manera positiva, en el cuidado de la salud bucal del niño. En el área odontológica, se ha tenido algo de dificultad al identificar los estímulos que conducen a la mala conducta en el consultorio, a pesar de las

³⁸ **Mc Donald RE.** Op. cit. p. 30.



diferentes variables en los antecedentes de los niños que han sido relacionados con ésta.³⁹

Ansiedad de los padres

Las investigaciones indican una relación significativa entre la ansiedad materna y el comportamiento cooperativo de los niños en la primera visita al odontólogo, pues esta ansiedad por parte de los padres tiende a afectar negativamente el comportamiento de sus hijos teniendo mayor efecto con niños menores de 4 años, esto debido a la estrecha relación entre padres e hijos, que comienza en la infancia y disminuye paulatinamente.⁴⁰

Experiencias médicas

Las experiencias médicas, son una variable muy compleja, ya que los niños que ven positivamente las experiencias anteriores probablemente van a ser más cooperativos con el odontólogo. Es más importante la calidad emocional de las visitas anteriores, que el número de visitas.

El dolor también es otra consideración, ya que éste pudo haber sido moderado o intenso, real o imaginario. Sin embargo, las creencias de los padres sobre el dolor médico pasado también es correlacionado con el comportamiento cooperativo de sus hijos en el entorno odontológico.⁴¹

Problemas generales de comportamiento

Klingberg y Broberg encontraron cierta relación entre los problemas generales del comportamiento y los problemas de orientación de la conducta odontológica. Los niños que tienen dificultad para enfocar su atención o para

³⁹ **Mc Donald RE.** Op. cit. p. 30.

⁴⁰ lb.

⁴¹ lb.



ajustar las actividades a su entorno general, tienen problemas para cumplir con las expectativas de comportamiento en el entorno odontológico.⁴²

Duración y hora de la visita

Las consultas no deben ser demasiado largas, sobre todo en los niños más pequeños ya que se puede perder la cooperación lograda, además de no tenerlo demasiado tiempo de espera en la recepción.

Se recomienda realizar en una sola sesión el tratamiento necesario por cuadrantes así reducir el número de sesiones.

La hora de visita, son preferibles por la mañana en niños pequeños ya que no están cansados y pueden ofrecer mayor rendimiento.⁴³

2.3 Diagnóstico de la conducta

La evaluación del desarrollo emocional del niño, su grado de comunicación y entorno (social y familiar), son importantes para definir el tipo de manejo del comportamiento que se le dará.⁴⁴

Es difícil establecer diagnósticos en el comportamiento debido a la gran variedad de factores que pueden influenciar en ello; para lograr diagnosticar el comportamiento es necesario evaluarlo desde el ingreso a la consulta, pasando por todos los procedimientos operatorios, hasta el post operatorio ya que los cambios se presentan a medida que avanza el proceso de desarrollo emocional entre cita y cita, esto con el fin de hacer una selección correcta del tipo de técnicas y métodos de intervención terapéuticas.⁴⁵

⁴² **Mc Donald RE.** Op. cit. p. 30.

⁴³ **Boj JR., Catalá M., Gracia CB., Mendoza A., Planells P.** Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. 1ª ed. Madrid: Ripano S.A; 2011. p. 103.

⁴⁴ **Cárdenas DJ.** Op. cit. p. 29.

⁴⁵ Ib.



Objetivos del control de la conducta.

1. Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
2. Ganar la confianza del niño y de los padres y que acepten su tratamiento.
3. Explicar a los padres y al niño el cuidado dental preventivo.
4. Proporcionar un ambiente cómodo y relajado.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el niño.⁴⁶

2.4 Clasificación de la conducta.

Ayuda a clasificar la conducta del niño en la consulta odontológica, para que el profesional valore al paciente en cada momento y así evaluar su colaboración en la visita dental.⁴⁷

Wright la clasifica en tres categorías:

- *Cooperativo*: Al niño relajado en la consulta, satisfecho y entusiasta.
- *Ausencia de habilidad de cooperar*: Niños pequeños que no pueden establecer comunicación o con discapacidades y no se esperan cambios inmediatos en la colaboración.
- *Potencialmente cooperador*: Niño con un problema típico de conducta, puede cooperar.⁴⁸

Frankl divide a la conducta en cuatro categorías:

- *Grado 1* (Definitivamente negativa): Rechaza el tratamiento, lloro con rabieta, negativismo extremo.

⁴⁶ Barbería EL. Odontopediatría. Barcelona, España: Masson; 2001. p. 127.

⁴⁷ Boj JR. Op. cit. p. 104.

⁴⁸ Boj JR. Op. cit. pp. 104 - 105.



- *Grado 2* (Negativa): No coopera, actitud negativa, mal humor, resentimiento.
- *Grado 3* (Positiva): Acepta el tratamiento, desea complacer al profesional, y sigue sus instrucciones.
- *Grado 4* (Definitivamente positiva): Buena relación con el dentista, interés y disfruta.⁴⁹

Rud y Kisling, para clasificar se basan en la actividad verbal, tensión muscular y la expresión ocular.

- *Grado 3* (Aceptación positiva): Voluntad de hacer y conservar preguntas, demostrar interés, posición relajada en el sillón dental con brazos apoyados en el, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.
- *Grado 2* (Aceptación indiferente): Preguntas rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención, expresión ocular indiferente, pero su posición en el sillón dental sigue siendo relajada.
- *Grado 1* (Aceptación con desgano): Falta de conversación y de respuesta, también de interés, posición en el sillón dental poco relajada, el niño parpadea o frunce el ceño.
- *Grado 0* (No aceptación): Protestas verbales, físicas manifiestas o llanto.⁵⁰

Para conseguir un alto grado de aceptación del tratamiento se es posible si, se invierte el tiempo suficiente en las primeras visitas para que el niño se adapte a la nueva situación que va a experimentar.

⁴⁹Boj JR. Op. cit. p. 105.

⁵⁰Ib.



2.5 Técnicas de control de conducta

Las técnicas de control o adaptación del niño comprenden aquellos procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño.⁵¹

La opción por las técnicas de control de la conducta variará de acuerdo al criterio adoptado por el profesional, influenciado por factores observados durante el interrogatorio, como la edad, comportamiento del niño y aceptabilidad de los padres, estas técnicas ayudan al profesional, pero requieren, además del conocimiento, algunas habilidades en comunicación, empatía y entrenamiento. La manera como el profesional se percibe y percibe al niño determinará su postura durante la atención.⁵²

Existe una gran variedad de técnicas y de recursos ya documentados, que ayudan de una manera fiable al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad, ampliando sus destrezas e incrementando su autocontrol.⁵³ Estas técnicas son:

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

El control de la conducta consiste en un proceso constante de evaluación del paciente y de adaptación a esos resultados, mediante la aplicación de diversas técnicas, de manera aislada y simultánea, de acuerdo con cada situación.

⁵¹ **Universidad Central de Venezuela.** Conceptos básicos: Odontología pediátrica. Caracas: disinlimed; 1996. p.30.

⁵² **Guedes- Pinto AC.** Op. cit. p. 40.

⁵³ **Barbería EL.** Op. cit. p. 128.



2.5.1 Técnicas de comunicación

La comunicación es la verdadera clave para dirigir la conducta, es importante conocer al niño antes de tenerlo en el sillón dental y también es importante que los padres puedan informarnos acerca de lo que el niño sabe sobre temas odontológicos, experiencias previas, hospitalizaciones o sobre su miedo al médico.⁵⁴

El saludo del profesional hacia el niño debe ser de forma afectuosa y agradable y se le debe preguntar abiertamente sobre sus gustos e intereses.

Es importante que el niño establezca una conversación con el profesional y una vez que esté lo suficientemente relajado, el profesional pueda proceder a una explicación clara de los procedimientos y así fomentar una comunicación en la cual el niño se sienta física y emocionalmente seguro, mantenga su amor propio y se haga responsable de su comportamiento. También es importante reconocer su buen comportamiento y felicitarle y agradecerse verbalmente.⁵⁵

Para que el tratamiento se lleve de la mejor manera puede programarse una visita previa al consultorio donde el niño realizará un recorrido y una orientación explicándole que ese día ningún procedimiento se llevará a cabo y asimismo será su primer contacto con los asistentes y el odontólogo, ya que todo sirve de preparación psicológica, pues ayuda a mitigar miedos y ansiedades.⁵⁶ Dentro de las técnicas de comunicación están:

- Lenguaje pediátrico.
- Decir- mostrar- hacer.
- Control de voz.

⁵⁴ Barbería EL. Op. cit. p. 128.

⁵⁵ Ib.

⁵⁶ Ib.



2.5.1.1 Lenguaje pediátrico

Al hablar con un niño debe utilizarse un lenguaje que pueda entender, se debe tener mucho cuidado al escoger un lenguaje apropiado eligiendo objetos y situaciones familiares para él. Nunca hay que mentir a los niños, también es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño ya que podrá aumentar su ansiedad, la verbosidad solo puede confundir al niño, logrando que no nos crea y crearle confusión.⁵⁷

El profesional debe tener precaución de no utilizar un lenguaje ofensivo siempre se le debe hablar a su nivel o un nivel ligeramente superior. Si los niños preguntan cosas, se debe tratar de responderles vigilando que no pregunten cosas que retrasen el procedimiento.

Es importante que se pronuncien las palabras despacio y claramente, para que el niño pueda entenderlas, evitar palabras que puedan inspirar miedo en el niño.⁵⁸

Se deben realizar adaptaciones en el lenguaje para niños de distintas edades ya que cada niño requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado (Cuadro 2).

⁵⁷ Barbería EL. Op. cit. pp. 128 - 129.

⁵⁸ Ib.

| TERMINOLOGÍA DENTAL Y LENGUAJE SENCILLO | |
|---|---|
| 1- 5 AÑOS | |
| TERMINOLOGÍA DENTAL | TERMINOLOGÍA SENCILLA |
| Jeringa de aire | Salida de aire |
| Jeringa de agua | Pistola de agua/ ducha |
| Succión | Aspirador |
| Radiografía | Foto de los dientes |
| Profilaxis | Cepillo de dientes eléctrico |
| Explorador dental | Palito de contar dientes |
| Dique de hule | Impermeable/ Sabanita/Sombrilla |
| Anestesia local | Agua de hormiguitas |
| Pieza de alta velocidad | Avioncito/ Silbato para dientes |
| Pieza de baja velocidad | Motocicleta/ Aparato para hacer cosquillas a los dientes. |
| Extracción | Quitar el diente |
| Corona de acero- cromo | Capuchón de plata/ Sombrero |
| Flúor (gel o barniz) | Vitamina para los dientes |
| Grapa para aislar | Anillo de dientes |
| Lima | Espadita para sacar los animalitos |
| 6 – 10 años | |
| Anestesar | Dormir |
| Extraer | Sacar o Quitar |
| Caries, Lesión cariosa | Agujero |
| Dolor | Cosquilleo o Presión |
| Torno | Motor eléctrico |

(Cuadro 2) Lenguaje pediátrico.⁵⁹

⁵⁹ **Widmer RP., Cameron AC.** Manual de Odontología pediátrica. 3ª ed. Barcelona, España: Elsevier, Mosby; 2010. Pp. 16 -17.

Este cuadro sugiere la terminología que debe emplearse con los pacientes pediátricos.

2.5.1.2 Decir- mostrar – hacer

En la literatura anglosajona se conoce como “tell- show- do” (TSD). Hoy en día se conoce como “diga- muestre- haga” o de la triple E (EEE) de “explique- enseñe- ejecute”. Este método equivale a la parte principal de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gente nueva ⁶⁰ (Figura 6).



Figura 6. Técnica de comunicación decir-mostrar- hacer.⁶¹

Esta técnica consiste en explicar los procedimientos al paciente (decir), demostrar cómo los objetos funcionan y qué reacciones provocan, en todos los aspectos, visual, auditivo y olfativo (mostrar) y para finalizar, realizar propiamente los procedimientos (hacer).⁶² Esta técnica es sencilla y casi siempre útil, siempre y cuando se pase de un estadio a otro sin interrupción, debe ser continuo desde que el niño entra a la consulta dental hasta que se retira.

⁶⁰ Barbería EL. Op. cit. p. 129.

⁶¹ <http://www.clinicafacal.es/wp-content/uploads/2013/05/infantil.jpg>

⁶² Guedes- Pinto AC. Op. cit. p. 41.



2.5.1.3 Control de voz

Esta es una técnica en la cual el profesional adopta una actitud de autoridad. Ésta técnica está destinada a restablecer una comunicación que se perdió debido a una conducta no colaboradora (rabieta).⁶³ Consiste de una modificación de la voz y el volumen de la voz, así como a la velocidad a la que se habla.

Este cambio súbito y abrupto de la voz, debe conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que el profesional es el que toma las decisiones, la expresión facial debe acompañar al cambio de voz.⁶⁴ Este cambio abrupto de voz no debe confundirse con gritar al paciente o enfadarse con él.⁶⁵

Una vez obtenida la atención por parte del niño, el profesional debe agradecer la interrupción de la mala conducta y se le dan las instrucciones y las indicaciones adecuadas de una manera suave y agradable. Si la rabieta vuelve aparecer, se vuelve a aplicar la misma técnica.⁶⁶

Indicaciones

- Puede usarse en cualquier paciente.
- Pacientes que ya han desarrollado su comunicación verbal.
- Pacientes que poseen un comportamiento rebelde que quieren manipular o cuestionar la autoridad.

⁶³ Barbería EL. Op. cit p. 130.

⁶⁴ Ib.

⁶⁵ Cárdenas DJ. Op. cit. p. 35.

⁶⁶ Barbería EL. Op. cit. p. 130.



Contraindicaciones

- Pacientes de pequeños que aún no tiene la capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.⁶⁷

2.5.2 Técnicas de modificación de la conducta

Estas técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes han sido desarrolladas por psiquiatras y psicólogos, usando principios establecidos experimentalmente en la teoría del aprendizaje. Estas técnicas consisten en alterar un comportamiento individual hacia un objetivo deseado de forma gradual.⁶⁸ Se requiere tiempo y paciencia de parte del profesional para la aplicación de la técnica.

La interacción de estas técnicas ha producido respuestas satisfactorias. Las técnicas más empleadas son:

- Modelamiento.
- Desensibilización.
- Refuerzo Positivo.

2.5.2.1 Modelamiento

El modelamiento o modelaje se denomina como exposición del paciente a uno o más individuos que demuestren un comportamiento adecuado. También se llama “aprendizaje por imitación”.⁶⁹ Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprehensivos sin experiencia dental y para disminuir la ansiedad del paciente. El empleo de esta técnica se logra usando modelos que son sometidos a circunstancias similares a las

⁶⁷ **Cárdenas DJ.** Op. cit. p. 35.

⁶⁸ **Barbería EL.** Op. cit. p.130.

⁶⁹ **Universidad Central de Venezuela.** Op. cit. p. 31.



que va a experimentar el paciente; ésta puede ser en vivo o por medio de videos.⁷⁰

Muchos odontopediatras utilizan esta técnica de imitación al diseñar consultas de una manera abierta para que los niños puedan verse unos a otros, esto es muy útil para que los niños puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se les deba dar determinadas instrucciones además de proporcionar familiarización y mejorar la conducta en el ámbito dental.⁷¹

Indicaciones

- Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal suficientes para entender la técnica de modelamiento.

Contraindicaciones

- No se contraindica como tal en ningún paciente, sin embargo es de muy poca utilidad en pacientes que debido a su edad temprana no tienen desarrollo emocional adecuado para entender la técnica.

2.5.2.2 Desensibilización

Es una técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente, se logra enseñando al paciente una respuesta competente como la relajación, introduciendo progresivamente estímulos más amenazantes a medida que el paciente se desensibiliza.

⁷⁰ **Cárdenas DJ.** Op. Cit. p. 36.

⁷¹ **Barbería EL.** Op. cit. p.132.



En Odontología, se hace uso frecuente de esta técnica, comenzando con los procedimientos más fáciles dejando los más difíciles para más adelante.

72

Para llevar a cabo esta técnica el profesional presentará primero al niño instrumentos que producen menos ansiedad (espejo, copas de hule, etc.) introduciendo gradualmente los que puedan causar más ansiedad (explorador, pinzas, pieza de alta velocidad, limas, etc.) Como se mencionó anteriormente deben realizarse primero procedimientos que generen menos ansiedad, para posteriormente realizar procedimientos más complejos que puedan producir mayor ansiedad, por ejemplo una secuencia lógica de procedimientos podría ser la siguiente:

- *Primera cita:* visita por el consultorio (personal y equipo), examen clínico, profilaxis, aplicación de flúor y toma de radiografías.
- *Segunda cita:* Aplicación de selladores de fosetas y fisuras y preparar al paciente para anestesia local.
- *Tercera cita:* Anestesia, odontología restauradora, preparación para tratamiento pulpar.
- *Cuarta cita:* Anestesia, tratamiento pulpar, preparación para cirugía.
- *Quinta cita:* Anestesia, cirugía.⁷³

Otro ejemplo, sería:

1. Ingresar al consultorio.
2. Ubicar al paciente en el sillón dental.
3. Que el paciente acepte ser examinado y tomar radiografías.
4. Realizar profilaxis.
5. Aplicación de selladores de fosetas y fisuras.
6. Aislado con dique de hule.

⁷² Universidad Central de Venezuela. Op. cit. p. 30.

⁷³ Universidad Central de Venezuela. Op. cit. p. 31.



7. Anestésiar.
8. Realizar cavidades, tratamientos pulpares o extracción.

Conjuntamente, se debe utilizar también la técnica de “decir- mostrar- hacer”. La relajación requerida puede lograrse con ejercicios de respiración para mantener al paciente relajado física y mentalmente. La empatía las expresiones amistosas y los intentos de hacer las vistas lo más agradables son de mucha utilidad para evitar episodios de ansiedad o provocarlos.

Ha resultado muy útil sobre todo para prevenir temores odontológicos en pacientes nuevos.⁷⁴

Refuerzo

Las leyes de los refuerzos, dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuente y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse, tiende a extinguirse o desaparecer. Para que esto no suceda se usan varias técnicas de condicionamiento, para obtener cambios en la conducta tratando de modificarla de manera beneficiosa para el individuo y puedan ser aplicadas en Odontopediatría.⁷⁵

2.5.2.3 Refuerzo positivo

Esta técnica busca reforzar una conducta al recompensar al paciente por comportamientos deseables y así reforzar la recurrencia de dicho comportamiento, ya que al ser motivado el paciente repite dicho comportamiento en la próxima consulta. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas “Decir- mostrar- hacer” y de refuerzo negativo.^{76,77}

⁷⁴ **Universidad Central de Venezuela.** Op. Cit. p. 31.

⁷⁵ **Barbería EL.** Op. cit. pp. 130 - 131.

⁷⁶ **Cárdenas DJ.** Op. cit. p. 36.

⁷⁷ **Guedes- Pinto AC.** Op. cit. p. 43.



Los reforzadores pueden ser materiales o tangibles (juguetes, regalos, estampas, etc.) reforzadores sociales que pueden ser verbales (elogios, felicitaciones, motivaciones, etc.) y no verbales (expresiones faciales positivas, contacto físico, etc.) así como el refuerzo de actividad (participación de una actividad agradable, como ver una película, ir a un campamento, jugar, etc).⁷⁸

Las reacciones de los niños al recibir el premio son diversas, desde la alegría hasta la irritación para lo cual el profesional debe de actuar naturalmente y no insistir para que el niño lo acepte avisándole que el premio será guardado hasta su próxima visita al consultorio.

2.5.3 Técnicas de enfoque físico

Estas técnicas no se utilizan como castigo en la consulta dental, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo tratamientos más complejos y específicos. Para entender esta técnica se debe considerar que su función es controlar o limitar los movimientos de los niños para su protección, al realizar tratamientos dentales. Los objetivos básicos son:

1. Ganar la atención del niño.
2. Enseñar al niño la conducta adecuada que se espera de él.
3. Darle seguridad mediante el contacto corporal y controlar los movimientos.
4. Proteger al niño de lesiones.
5. Hacer más fácil la consulta dental.⁷⁹

Este método de enfoque físico debe practicarse conjuntamente con el enfoque psicológico. Una de sus principales indicaciones es utilizarla con niños pequeños o con alguna discapacidad mental.

⁷⁸ **Universidad Central de Venezuela.** Op. cit. p. 31.

⁷⁹ **Barbería EL.** Op. cit. p. 133.



Algunas consideraciones para utilizar este método son:

- Solo debe utilizarse de haber agotado las técnicas convencionales anteriores.
- Como parte de un tratamiento no como castigo
- Su finalidad es la protección primordial del paciente, posteriormente del profesional y ayudantes para llevar a cabo el tratamiento necesario.
- Deben de explicarse a los niños de forma cariñosa los motivos y de qué manera se llevará a cabo (con lenguaje pediátrico).
- Explicar a los padres por qué y cómo se utiliza.
- Se debe obtener el consentimiento de los padres.⁸⁰

Existen varias maneras de realizar la inmovilización física del niño durante el tratamiento. Lo importante además del control físico del niño, es que se obtenga mayor visibilidad y puntos de apoyo adecuados para trabajar.

Tipos de técnica de enfoque físico son:

- Control de la cavidad oral.
- Mano sobre boca.
- Dispositivos especiales.

2.5.3.1 Control de la cavidad oral

Se emplean los bloques de mordida o abre bocas para el tratamiento dental y así tener un control de la abertura de la boca. Para algunos niños se utilizan como recordatorio que deben tener la boca abierta durante el tratamiento, para otros se utiliza porque se niegan a abrir la boca⁸¹(Figura 7).

⁸⁰ Barbería E.L. Op. cit. p. 133.

⁸¹ Barbería E.L. Op. cit. p. 134.



Figura 7. Dispositivos de control de la cavidad oral.⁸²

Existen diferentes tamaños y materiales en función de la edad del paciente, sujetos esos dispositivos con hilo dental para prevenir accidentes.

2.5.3.2 Mano sobre boca

Es una técnica conocida clásicamente como Hand over mouth, la finalidad de esta técnica es restablecer la comunicación con un niño que tiene la capacidad de comunicarse. En esta técnica el profesional coloca firmemente la mano sobre la boca del niño mientras la asistente controla las manos y piernas para frenar la agitación y evitar patadas (Figura 8) Con una voz suave se le dice al oído que está actuando inadecuadamente y se retira la mano cuando esté dispuesto a cooperar.⁸³

⁸² <http://www.dentamedical.com/cart/images/Molt-Mouth%20Gag%20-%20Abrebocas.JPG>

⁸³ Barbería EL. Op. cit. p. 135.



Figura 8. El Odontólogo está utilizando la técnica mano sobre boca.⁸⁴

No se debe utilizar en niños menores de 3 años o que tengan coeficientes intelectuales bajos. No se debe asustar al niño con esta técnica, solo obtener su atención y silencio, se utiliza cuando hay un episodio de rabieta o histeria.⁸⁵

2.5.3.3 Dispositivos especiales

Se utiliza cuando el profesional ya no puede controlar los movimientos de los niños, por lo que se tiene que recurrir a dispositivos de limitación física, para controlar todo el cuerpo. Se utiliza en niños de difícil comportamiento, con alguna discapacidad, pacientes poco cooperadores y/o, poco tolerantes.⁸⁶

Algunos dispositivos utilizados son: pediwrap o papoose board, el más utilizado en odontología es el papoose board⁸⁷(Figura 9).

⁸⁴ <https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQCasN8ksqpOdivU3oKJpJFgtGOSBVvaGlv0O4rNYD3DFuiLhTgjhULZh4>

⁸⁵ Barbería EL. Op. cit. p. 135.

⁸⁶ Barbería E L. Op. cit. p. 136.

⁸⁷ Guedes- Pinto AC. Op. cit. p. 48.



Figura 9. Papoose board.⁸⁸

CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE.

3.1 Odontología y la influencia en el autoestima del niño.

La autoestima es un tema que despierta cada día más interés en materia de educación por parte de los padres ya que adquiere cada vez más protagonismo en problemas como depresión, anorexia, timidez, abuso de drogas, bullying, estrés, etc.⁸⁹

Los bebés desarrollan su autoestima con ayuda de las personas que los rodean, al alentarlos cuando aprenden a gatear, caminar o hablar. Esto se da porque los padres a menudo les dicen palabras como “buen trabajo”, “bien hecho” o pueden tan solo sonreír a los niños y aplaudir. Cuando las personas cuidan bien de un bebé hacen que se sientan amados y valiosos.⁹⁰

A medida que los niños crecen, desarrollan su propia autoestima, trabajando arduamente en cosas que pueden ser motivo de orgullo para

⁸⁸ http://www.quickmedical.com/images/sku/tnails_250/1359.jpg

⁸⁹ **Guiainfantil.com**. La autoestima y los niños. [Internet]. España: Polegar medios S.L.; 2000-2013 [Consulta 18 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/autoestima/index.htm>

⁹⁰ **KidsHealth**, The Nemours Foundation. Op. cit.

ellos, como obteniendo una calificación alta, haciendo trucos de magia, algún deporte nuevo, leer bien, brindando ayuda a otras personas, etc. Todos esos logros los ayudan a sentirse bien con ellos mismos (Figura 9). Las personas que los rodean como familia, maestros y compañeros también pueden ayudar al niño a reforzar su autoestima, ayudándolo a que descubra cómo hacer las cosas o descubriendo sus buenas cualidades.⁹¹

La autoestima es un elemento básico para la formación personal de cada niño, de su grado de autoestima dependerá su desarrollo en el aprendizaje, a interrelacionarse, en sus actividades y en la construcción de su felicidad.⁹²



Figura 9. Todos los niños tiene autoestima, y tener una autoestima positiva es importante.⁹³

Cuando un niño tiene una buena autoestima se siente competente seguro y valioso por lo tanto el niño será responsable, se comunicará con fluidez y se relacionará con los demás sin ningún problema. Al contrario de un niño con baja autoestima, el no confiará en sus propias cualidades ni en la de los demás, se sentirá inferior frente a otras personas, este será tímido,

⁹¹ KidsHealth, The Nemours Foundation. Op. cit.

⁹² GuaiInfantil.com. Op. cit.

⁹³ http://de10.com.mx/img/destacada_niniofeliz.jpg



más crítico y con escasa creatividad, por lo que en algunos casos podrá desarrollar conductas agresivas y alejarse de sus compañeros y familiares.

Para mejorar la autoestima es recomendable que los padres se preocupen tanto por mantener una buena salud física en sus hijos así como fomentar su estabilidad y salud emocional. La autoestima es una pieza fundamental en la construcción de los pilares de la infancia y adolescencia, ya que se construye diariamente a través de las relaciones personales de confianza y aceptación.⁹⁴

Es por eso que el lado emocional de los niños no debe ser ignorado por los padres ni por nadie, ya que todo lo que se consigue en este periodo de desarrollo, crecimiento físico, intelectual y emocional puede sellar su conducta y su postura hacia la vida en la edad adulta.

3.1.1 Estrés

Rutter, explica que el estrés se manifiesta en los niños cuando un factor físico, emocional o químico ejerce una presión en la habilidad de cada individuo para funcionar de una manera adaptativa.⁹⁵

Factores internos como hambre, dolor, exposición a ruidos, cansancio, falta o exceso de estimulación, y factores externos como un cambio en la composición de la familia, violencia, intimidación, pérdida de una mascota personal, pueden ser causas de estrés.

Posiblemente entre las situaciones que generan mayor angustia entre la población infantil se encuentra la asistencia a la consulta odontológica. Por mucho que evolucionen los métodos para reducir la ansiedad que produce la consulta, la asociación que se crea entre sonido de la pieza de alta y dolor es

⁹⁴ **GuiaInfantil.com.** Op. cit.

⁹⁵ **Verduzco MA., Lucio EG., Durán CP.** La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud mental*, 27(4), 18-25, agosto 2004. p. 20.



bastante alta así como episodios traumáticos, tales como la realización de procedimientos invasivos en el pasado son expresadas como experiencias negativas. Con estos antecedentes ya “grabados” en la memoria del individuo, sumado a las amenazas de algunos padres hacia el tratamiento odontológico “si te portas mal te llevo al dentista”, siendo totalmente realistas, el hecho de que los procedimientos odontológicos en su mayoría son incómodos y dolorosos, no queda otra opción que aliviar esta carga para el paciente y hacer de su paso por el consultorio, una situación más agradable y más llevadera de lo que ha sido hasta el momento.⁹⁶

La consulta dental suele ser un motivo de estrés, el odontólogo, puede disminuir los factores estresantes, permitiendo al niño introducirse en la odontología con el tiempo necesario según su edad y su historia personal.⁹⁷

Para el tratamiento dental en pacientes de edad escolar (entre los 6 a los 12 años de edad), donde se detectan problemas de conducta (estrés, bullying, entre otros) se debe realizar la interconsulta con un psicólogo infantil, de esta forma se trabajará con un equipo multidisciplinario.⁹⁸

En el caso de estos pacientes lo ideal es contar con una historia clínica odontopsicológica, ya que esto facilitará un buen manejo del paciente durante el tratamiento dental.

Aprovechar los momentos que el niño vaya al consultorio dental acompañando a otra persona que será atendida, para irlo acondicionando al ambiente odontológico, así su primera experiencia en la consulta y tratamiento odontológico sea agradable.

⁹⁶ **Albino ME.** Tratamiento dental y estrés en niños de 6 a 12 años de edad, 2005 [Tesis magister en Odontología de Salud Pública] Lima- Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos]; 2007. p. 44 - 45.

⁹⁷ **Bordoni N.** Op. cit. p.76.

⁹⁸ **Albino ME.** Op. cit. p. 88.



Aplicar conocimientos de las técnicas de conducta para el manejo conductual en pacientes odontopediátricos en la consulta tales como:

- Control de voz.
- Decir- mostrar- hacer.
- Lenguaje pediátrico.
- Desensibilización

Eliminar los agentes que generen estrés a estos pacientes pediátricos durante la consulta odontológica, ya sea el uniforme e instrumentos.⁹⁹

Educar a los padres sobre la importancia de no generar mayor estrés hacia los niños que perjudiquen en la consulta odontológica con amenazas o falacias sobre el tratamiento dental.

3.1.2 Bullying

Olweus, definió el maltrato entre alumnos y alumnas en la etapa escolar como una *“conducta de persecución física o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: disminución de su autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que hace difícil su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes”*.¹⁰⁰

⁹⁹ Albino ME. Op. cit. p. 88.

¹⁰⁰ Merino JG. El acoso escolar- bullying una propuesta de estudio desde el análisis de redes sociales (ARS). ICEV Revista D' Estudis de la violencia, (4), 1-17; enero/marzo 2008. p. 3.



Perfil y características del agresor.

- Su personalidad viene matizada por un temperamento impulsivo y agresivo, manifestando una deficiencia en hábitos sociales para comunicar algo y negociar sus necesidades o deseos.
- Socialmente, tienen problemas de relacionarse con los demás, interaccionando de forma dificultosa y agresiva.
- Poseen una gran capacidad para ridiculizar, intimidar, golpear y dañar las pertenencias de otros.
- Necesitan dominar a otros niños (inferiores a ellos físicamente), tener poder y sentirse superiores.
- Se enoja fácilmente, no tolera la frustración.
- Son vistos como los malvados, duros y poco condescendientes con sus víctimas.
- Muchas veces suelen usar la fuerza por modelos que presencian, por ejemplo, disputas familiares, disputas entre hermanos para conseguir objetivos usando la fuerza, programas televisivos con altos contenidos de violencia, etc.
- Suelen mostrar una actitud negativa en cualquier situación estresante que se le presente.

Perfil y características de la víctima

- Considerando su personalidad, se muestran: débiles, inseguros, ansiosos, sensibles, tranquilos y tímidos.
- Teniendo en cuenta el ambiente familiar, pasan bastante tiempo en casa con la familia. Sufren excesiva protección paterna, lo que les convierte en niños dependientes y apegados al hogar.
- Son menos fuertes físicamente que los agresores.



- Algunos signos visuales (como portar gafas, color del cabello, color de la piel, tartamudeos, ausencia de dientes anteriores, mal posición dentaria, etc.), influyen en el bienestar psicológico y social del individuo, ya que un niño con estas características tiene más probabilidades de ser víctima de intimidación y burla.
- Socialmente, son niños rechazados, sin amigos, necesitan de un gran esfuerzo hacer amistades.

Efectos posibles del bullying

Algunos efectos que causa el bullying son: inseguridad, ansiedad, miedo, baja autoestima, disminución del rendimiento escolar, aislamiento, trastornos del sueño, trastornos del humor.

Para poder detectar el bullying, el niño debe romper el silencio y dejar a un costado cierto espíritu que lo lleva a conservar el “secreto”.¹⁰¹

El odontólogo debe identificar los cambios emocionales que están presentando los niños para que sientan seguridad y confianza de poder expresar sus sentimientos, porque a veces los profesionales solo los ven como alguien que les va a generar dinero y no se detienen a ver más allá del niño sino simplemente ven el complejo cabeza y cuello. Un buen manejo se realiza teniendo en cuenta sus características conductuales, además es fundamental que el compromiso no sea solo por el área que se trabaja sino de manera integral.

Los odontólogos tienen el deber de rehabilitarlos, si así se requiere con un tratamiento conservador y estético, además para generar mayor confianza en ellos mismos.

¹⁰¹ **Duarte R.** “No quiero ir a la escuela”, dicen víctimas de acoso escolar [Internet]. México: CIMAC. 11 de julio del 2008 [Consulta el 14 de octubre del 2014] Disponible en: <http://cimacnoticias.com.mx/node/47534>



Se les debe comunicar a los padres la situación que está pasando su hijo porque en muchas familias, algunos padres piensan: “son cosas de chicos”, “qué quiere que haga, tiene alma de líder” o “los hombres se hacen a golpes”, sin darse cuenta que ellos mismos están generando que sus hijos sean víctimas e incluso los agresores de otros niños. Como odontólogo, al identificar estas conductas se debe canalizar a los niños para que sus padres los lleven con las personas competentes en este caso un psicólogo que los ayude a resolver este problema.



Conclusiones.

El adecuado manejo de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas psicológicos, es un reto para el odontólogo, ya que se requiere habilidad y experiencia para su correcto tratamiento, ya que el niño se encuentra en crecimiento y en constante desarrollo psicológico y físico.

Es importante a los niños darles la oportunidad de adaptarse a la consulta dental, así como a tomar decisiones que asuman la responsabilidad de sus actos y de sentirse competentes y seguros.

Así mismo los debemos tratar respetuosamente sin importar su edad, para crear un vínculo positivo con el odontólogo, fomentando un ambiente seguro en la consulta dental.

Por último, aceptar sus sentimientos tanto positivos como negativos para tener una comunicación estable.

En resumen: Conocer este tipo de problemas en la conducta y tratar a nuestros pacientes de manera integral y no solo resolver sus problemas bucodentales, hará también de nosotros odontólogos más completos y mejor capacitados y ello redundará en una mejor calidad en el servicio que se ofrezca a la población en beneficio sobre todo de los pequeños.



Bibliografía.

- **Albino ME.** Tratamiento dental y estrés en niños de 6 a 12 años de edad, 2005 [Tesis magister en Odontostomatología de Salud Pública] Lima- Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos]; 2007.
- **Barbería EL.** Odontopediatría. Barcelona, España; Masson; 2001.
- **Boj JR, Catalá M., García CB., Mendoza A., Planells P.** Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª ed. Madrid; Ripano S.A; 2011.
- **Bordoni N., Escobar AR., Castillo RM.** Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Argentina: Panamericana, 2010.
- **Cárdenas DJ.** Odontología pediátrica. Fundamentos de Odontología. 4ª ed. Colombia: Fondo editorial CIB, 2009.
- **Duarte R.** “No quiero ir a la escuela”, dicen víctimas de acoso escolar. México: CIMAC; 11 de julio del 2008 [citado el 14 de octubre del 2014] Disponible en: <http://cimacnoticias.com.mx/node/47534>
- **Escobar FM.** Odontología pediátrica. 2ª ed. Caracas: Medica Ripano, 2004.
- **Guedes- Pinto AC., Bönecker M., Rodrigues CR.** Fundamentos de Odontología. Odontopediatría. Brasil: Livraria Santos Editora, 2011.
- **Guiainfantil.com.** La autoestima y los niños. [Internet]. España: Polegar medios S.L; 2000-2013 [Consulta 18 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/autoestima/index.htm>
- **KidsHealth, The Nemours Foundation.** La historia de la autoestima. USA [Internet]; abril del 2012 [consulta 07 septiembre del 2014]. Disponible: http://kidshealth.org/kid/en_espanol/sentimientos/self_esteem_esp.htm



- **Mars VL.** Psicología online. España [Internet]. Consulta 22 de Septiembre del 2014. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/pir/emociones-negativas-la-ira.html>
- **Mc Donald RE., Avery DR., Dean JA.** Odontología para el niño y el adolescente. 9ª ed. New York; Amolca; 2014.
- **Meece JL.** Desarrollo del niño y del adolescente para educadores. México: McGraw- Hill; 2000.
- **Merino JG.** El acoso escolar- bullying una propuesta de estudio desde el análisis de redes sociales (ARS). ICEV Revista D' Estudis de la violencia, (4), 1-17, 2008.
- **Muslow G.** Desarrollo emocional. Impacto en el desarrollo humano. Educacao: Porto Alegre, 31(1), 61-65, 2008.
- **Universidad Central de Venezuela.** Conceptos básicos: Odontología pediátrica. Caracas; disinlimed; 1996.
- **Verduzco MA., Lucio EG., Durán CP.** La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. Salud mental, 27(4), 18-25, agosto 2004.
- **Widmer RP., Cameron AC.** Manual de Odontología pediátrica. 3ª ed. Barcelona, España; Elsevier, Mosby; 2010.
- <http://www.clinicarezola.com/wordpress/wp-content/uploads/2014/05/El-miedo-al-dentista.jpg>
- <http://la1260.com.mx/cmai/images/nagresivos.jpg>
- <http://www.holaciudad.com//nino-llorando-i01530002346770100000000.jpg>
- http://www.kineqs.cl/uploads/images/imgs_articulos/bb.png
- <http://www.clinicafacal.es/wp-content/uploads/2013/05/infantil.jpg>



- <http://www.dentamedical.com/cart/images/Molt-Mouth%20Gag%20-%20Abrebocas.JPG>
- <https://encryptedtbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQCasN8ksqpOdIVU3oKJpJFgtGOSBVvaGIv0O4rNYD3DFuiLhTgjhULZh4>
- http://www.quickmedical.com/images/sku/tnails_250/1359.jpg