



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA MÚSICA COMO MEDIO ALTERNATIVO EN LA
MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO
DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

PRISCILA VALOIS RESÉNDIZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, Cd. Mx.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mis padres por el apoyo, dedicación, cariño, comprensión que me han brindado en todo momento sabiendo las dificultades a las que nos enfrentamos en ningún momento desistieron y confiaron en mí para salir adelante, siendo ustedes mi mayor impulso para siempre dar lo mejor de mí. *A mis abuelos* por ser mis padres y ahora en el cielo, vean que he logrado el primero de mas peldaños que me faltan hasta la cima, jamás olvido cada lección, cada palabra los extraño y se que estuvieran muy orgullosos de mí.

Llegaste a mi vida **Erick** para darle un sentido diferente, siendo parte de mis pequeños triunfos, estando para mí no importando el tiempo ni la distancia, tu comprensión, apoyo, cariño que me dan ese impulso extra para seguir y enfrentarme a lo que viene.

Mi mejor amiga incondicional por años **Jessica Ortega**, tu sabes que te quiero mucho y a tu bella familia que han sido también un gran ejemplo, vamos a estar ahí por mucho tiempo más.

Andrea Lira tu amistad ha significado mucho para mí, las alegrías, los desvelos el ser incondicional sabes que voy a estar para tí vamos con todo juntas. Mi **Rocío Chimal** de poco tiempo te has convertido en pieza valiosa e importante ser mi paño de lágrimas, mi confidente y **Angélica Campos** permítirme apoyarte, impulsarte y saber que no importa lo que el mundo opine, siempre dar lo mejor de tí por qué no sabes el ángel que puedes ser para esa persona. Con una profunda admiración, orgullo e inmenso cariño yo estaré para ustedes pase lo que pase.

No podía dejar sin darle las gracias a la **Dra. María Elena** por estar presente, su dedicación, entrega, lo más valioso que te puede dar una persona es su tiempo, es una persona muy admirable.

Por último agradezco a la **Universidad Nacional Autónoma de México** y mi valiosa **Facultad de Odontología** por permítirme la formación, desarrollo y superación en este primer logro de vida teniendo el orgullo de pertenecer a ella.

¡POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRÍTU!



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	7
CAPITULO I. ANTECEDENTES DE LA MUSICOTERAPIA	
CAPÍTULO II. GENERALIDADES	
2.1. Conducta.....	11
2.2. Niño.....	11
2.3. Miedo.....	11
2.3.1. Miedo objetivo.....	12
2.3.2. Miedo subjetivo.....	12
2.4. Ansiedad.....	12
2.5. Modificación.....	12
CAPÍTULO III. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL NIÑO	
3.1. Perspectivas teóricas del desarrollo.....	13
3.1.1. Perspectiva psicoanalítica.....	14
3.1.2. Perspectiva del aprendizaje.....	16
3.1.3. Perspectiva evolutiva o sociobiológica.....	19
3.2. Primeras capacidades sensoriales.....	20
3.2.1. Oído.....	20
3.2.2. Percepción auditiva.....	21



3.3.	Características generales de los niños en las diferentes edades.....	21
3.3.1.	Primera infancia (hasta 2 años de edad).....	21
3.3.1.1.	Desde el nacimiento hasta los 2 años.....	22
3.3.2.	De 2 años a 6 años (edad preescolar).....	23
3.3.2.1.	De los 4 años a los 6 años (principales características).....	23
3.3.3.	De los 6 años a los 12 años (edad escolar).....	24
3.3.3.1.	De los 6 años a los 8 años (principales características).....	24
3.3.3.2.	De los 9 a los 11 años (principales características).....	25
3.4.	Reacciones emocionales comunes del niño.....	25
3.4.1.	Factores que determinan la conducta del niño en la consulta.....	26
3.4.2.	Tipos de padre.....	27
3.5.	Clasificación del paciente pediátrico según su conducta....	30

CAPÍTULO IV. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

4.1.	Visitas previas.....	35
4.2.	Visitas introductorias.....	36
4.2.1.	Imitación.....	36
4.2.2.	Desensibilización.....	37
4.2.3.	Refuerzo.....	37
4.2.4.	Tiempo y fuera.....	38
4.2.5.	Distracción contingente.....	38
4.2.6.	Escape contingente.....	39



4.2.7. Lenguaje pediátrico.....	39
4.2.8. Distracción.....	40
4.2.9. Ludoterapia.....	40
4.2.10. Control de voz.....	41
4.2.11. Técnica de la Triple E.....	41
4.2.12. Mano sobre boca.....	42
CAPÍTULO V. MUSICOTERAPIA	
5.1. La musicoterapia en la salud.....	44
5.2. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental.....	45
5.3. Musicoterapia clínica.....	47
CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49



INTRODUCCIÓN

La prevención y el tratamiento de las enfermedades bucales en la niñez y la adolescencia sirven como base para una buena salud bucal a través de la vida. Los niños muestran cambios en la personalidad, temperamento y emociones, además presentan vulnerabilidad y capacidad de hacer frente a la situación del tratamiento dental. El establecimiento de un grado de comunicación adecuada, aunado a una actitud de empatía, constituye la piedra angular para mantener una relación profesional armoniosa con cualquier paciente. Las evidencias acumuladas en las décadas pasadas muestran que si los Cirujanos Dentistas tienen un conocimiento básico del desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños, por lo tanto deberían estar mejor preparados para cualquier situación difícil que pueda emerger. El Cirujano Dentista necesita conocer diversas estrategias que le permitan modificar la conducta de los niños, además de las técnicas de tratamiento dental.



OBJETIVO

En el presente trabajo se describe a la música como estrategia para modificar la conducta del niño en el consultorio dental.



CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE LA MUSICOTERAPIA

Loreto Bancalari S. & Patricio Oliva M. llevaron a cabo un estudio de los efectos de la música sobre los niveles de estrés con los Usuarios Internos de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo. El objetivo fue determinar el efecto de la musicoterapia aplicada durante la sesión clínica, sobre los niveles de estrés de los usuarios internos (alumnos, tutores y asistentes dentales) de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo. Se realizó un estudio de intervención con una población de 84 individuos agrupados previamente en 3 grupos correspondientes a alumnos, tutores y asistentes dentales; cada uno de los cuales se dividió en grupo intervenido (sometido a la aplicación de musicoterapia) y un grupo control, al cual no se le aplicó nada. La musicoterapia implementada, consistió en la aplicación de música de relajación durante una semana de clínicas. Mediante una encuesta, para la investigación se procedió a recolectar los datos de estrés inicial y final a esa semana, tanto para el grupo experimental como para del control.¹

Los datos que obtuvieron demostraron que el cambio en el nivel de estrés entre el grupo control y el grupo experimental en los alumnos, tutores y asistentes dentales, afirmaron que la musicoterapia, aplicada durante la sesión dental, disminuye los niveles de estrés de los individuos.¹

Por otro lado siguiendo con esta inquietud Marwah N, Prabhakar A R, Raju O S. realizaron un estudio sobre su eficacia en el tratamiento de los pacientes pediátricos dentales ansiosos. El objetivo principal de este estudio fue determinar si la distracción de la música es un medio eficaz para controlar la ansiedad en pacientes pediátricos dentales. Cuarenta niños de edades comprendidas entre los 4 y 8 años fueron seleccionados para el estudio.²



La evaluación de la ansiedad se realizó mediante el test de imagen, escala de calificación de la ansiedad, se tomo en cuenta la frecuencia del pulso y la saturación de oxígeno durante las diferentes visitas de tratamiento. Los valores fueron analizados estadísticamente, los autores concluyeron que la distracción de audio hizo disminuir el nivel de ansiedad en los pacientes pediátricos dentales, pero no a un nivel muy significativo.²

El análisis de la musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de down que realizo Ruth Ángela Gómez Scarpetta tuvo por objetivo valorar la eficacia de la musicoterapia en el control de la ansiedad durante el tratamiento odontológico preventivo en pacientes con síndrome de Down entre los 5 y 14 años de edad, dentro de la consulta se arrojaron resultados en la frecuencia cardiaca y respiratoria en el cual concluye que el uso de la musicoterapia disminuyó significativamente los niveles de ansiedad en el grupo expuesto a la música.^{3,4}

Con un estudio similar en la ciudad de la Habana Eloy Pineda Pérez, Yarima Remón describieron sobre el conocimiento de padres y profesores acerca de la musicoterapia y de los resultados de su aplicación en 18 niños con síndrome de Down en el Círculo Infantil Especial «Zunzún», en La Habana. Después de 9 meses de aplicación de la terapia se realizó una encuesta a las 12 profesoras y a 18 padres y madres de estos niños.⁵

Obteniendo así que el (41,6 %) profesoras conocían de la musicoterapia antes de su aplicación, mientras que en los padres el conocimiento fue proporcionalmente menor. Todas las profesoras reconocieron nuevas habilidades en el 100 % de los niños y los avances más importantes fueron el lenguaje, la socialización y el aprendizaje. El 77,7 % de los padres señalaron avances en la socialización, el lenguaje y las habilidades motoras.⁶



El 100 % de las educadoras y el 88,8 % de los padres se mostraron satisfechos y desean que se mantenga en la institución. Ellos reconocieron avances en diferentes áreas del lenguaje, aprendizaje y la socialización, por lo que se recomienda como método terapéutico desde edades tempranas, para mejorar la calidad de vida del niño y de la familia.⁶

En febrero del 2001 se evaluaron las aplicaciones de la musicoterapia en la medicina con el objetivo informar sobre el tratamiento alternativo y presentar algunas aplicaciones de la musicoterapia en diferentes enfermedades por medio de esta ciencia que estudia los efectos terapéuticos de la música en los seres humanos, se encontró que en las personas que emplean esta terapia se denominan musicoterapeutas y son profesionales entrenados no solo en música sino que también en psicología, anatomía, técnicas de investigación, y otras ramas paralelas. Llegando así que la investigación sobre musicoterapia se realiza con todas las edades y enfermedades tales como Alzheimer, Parkinson, traumatismo de cráneo, autismo, demencia, enfermos psiquiátricos, niños con problemas de conducta, personas con SIDA, entre otras arrojando que diversos estudios demuestran la funcionalidad de la musicoterapia en pacientes con diferentes problemas neurológicos, ayudando a los pacientes a ganar control sobre su ritmo de caminar, estimulan la memoria anterógrada y retrograda, ayudan a incrementar la autoestima, estimulan a formar nuevas relaciones sociales, y se puede utilizar como método de contacto con la realidad.^{7,8}



CAPÍTULO II.GENERALIDADES

2.1. Conducta

Es una respuesta al estímulo y a la vez una defensa, por cuanto protege al individuo de la desorganización.⁹

Manera en que actúa o se comporta una persona; alguna o todas las actividades de una persona, incluidas las acciones físicas aprendidas o no aprendidas, deliberadas o habituales.¹¹

2.2. Niño

Ser Humano pequeño que se desarrolla gradualmente tanto física como mentalmente.¹¹

Termino utilizado como opuesto del adulto (generalmente menor a la edad de la pubertad) sin referencia al parentesco, ni diferencias entre sexos.¹⁰

Persona joven que está entre la primera infancia y la pubertad.⁵

El ser humano que transcurre la infancia, el periodo de la vida entre la lactancia y la pubertad.¹³

Periodo de la vida desde el nacimiento hasta la pubertad.¹⁴

2.3. Miedo

El miedo se puede describir como una emoción natural basada en la percepción de una amenaza verdadera.¹

El miedo es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor. Muchas veces está relacionado con anteriores experiencia médicas y dentales traumáticas; dichas experiencias muchas veces fueron dolorosas.²



2.3.1. Miedo Objetivo

Proveniente de la experiencia odontológica anterior desagradable y elaborada por el propio niño, asociada a la interferencia de ansiedad de la familia.¹⁵

Miedo objetivo directo

Cuando una experiencia anterior dolorosa, desagradable fue sufrida por el niño durante el tratamiento.¹⁶

Miedo Objetivo Indirecto

Cuando las experiencias negativas del niño ocurrieron en ambientes semejantes a los del consultorio.¹⁶

2.3.2 Miedo Subjetivo

Ocurre a partir de informaciones dadas por adultos o niños mayores, cuando los pacientes escuchan hablar o perciben, por expresiones faciales, que sus padres, parientes, o amigos fueron sometidos a experiencias desagradables en el consultorio odontológico.¹⁵

2.4. Ansiedad

La ansiedad puede por lo tanto, ser mirada más que un trastorno como un tipo de miedo de los que han podido adaptarse a terribles situaciones específicas.¹

La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales.¹⁵

La ansiedad es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales o sugeridas al niño por quienes le rodean.¹⁶

2.5. Modificación

Proceso o resultado de cambiar la forma o características de objetos o sustancias.¹¹ Cambio en un organismo debido a la influencias del medio.⁴



CAPÍTULO III. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL NIÑO

El desarrollo del niño, implica el estudio de las distintas áreas del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la adolescencia, y más allá del crecimiento físico, el desarrollo psicológico, debe considerarse como una serie de procesos por medio de los cuales las tendencias individuales heredadas genéticamente como el temperamento, la personalidad y las aptitudes cognoscitivas, interactúan con los factores ambientales particulares para modelar el comportamiento del niño.¹⁶

3.1 Perspectivas teóricas del desarrollo

El niño va cambiando desde la concepción hasta la adolescencia, así como las características que permanecen relativamente estables, definiéndose dos tipos de cambios: los cuantitativos (en número y cantidad como el peso, estatura, vocabulario) y los cualitativos (tipo estructura y organización). Estos cambios y estabilidad ocurren en diversos aspectos, y para su estudio se separan en: desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial, dándole un sentido multidimensional, que significa que el desarrollo es un proceso unificado.¹⁷

Se considera el desarrollo desde 5 perspectivas teóricas, abarcando así cada una diferentes teorías empleadas que se relacionan a ellas:

Psicoanalítica: Se enfoca en emociones e impulsos inconscientes.

Del aprendizaje que estudia la conducta observable.

Cognoscitiva: Que analiza los procesos del pensamiento.

Evolutiva o socio biológica Considera los sustentos evolutivos y biológicos de la conducta.

Contextual: Enfatiza el impacto del contexto histórico, social y cultural.¹⁷



3.1.1. Perspectiva psicoanalítica

Considera que el desarrollo está moldeado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana. Es una corriente iniciada por Freud, y seguida por Erikson. Se concentra en factores biológicos, de maduración, y en las experiencias tempranas; no considera la influencia de la sociedad y la cultura.¹⁷

Teoría psicoanalítica

Basada en los estudios de Freud, quien pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos e innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Según Freud, estos conflictos se presentan en etapas invariables del desarrollo psicosexual (figura 1).¹⁵

Teoría psicosocial

Desarrollada por Erikson, seguidor de Freud, postulaba que la teoría freudiana subestimaba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad; conceptuaba a la sociedad como una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del ego o el yo (figura 2).^{13, 15}

Teoría relacional

En esta teoría Baker señala que la personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, desde la misma infancia. Los inicios del concepto del yo no son los de una persona solitaria y estática que es ayudada por otra, si no los de una persona que interactúa con otras.¹⁵



Etapas	Edad	Características
Oral	0 a 1 años	Tiende a relacionarse con su medio ambiente experimentando a través de la boca.
Anal	2 a 3 años	Satisfacción al eliminar las sensaciones de incomodidad mediante la defecación.
Fálica	4 a 6 años	Se centra el interés en los órganos genitales.
Latencia	6 a 12 años	Periodo de descanso y recuperación después de los deseos y temores experimentados en etapas anteriores.
Genital	13 a 18 años	La energía es expresada desde la sexualidad adulta. Establecimiento de relaciones amorosas y posibilidad de formar familia.

Figura 1 Psicoanalítica de Freud características en las diferentes etapas del niño.



Etapa	Edad	Características
Oral/Sensorial	0 a 18 meses	Confianza básica contra desconfianza.
Muscular/Anal	18 meses a 3 años	Autonomía contra vergüenza y duda.
Locomotor/Genital	3 a 5 años	Iniciativa contra culpa.
Latencia	6 a 12 años	Laboriosidad contra Inferioridad.
Pubertad/Adolescencia	13 a 18 años	Identidad contra confusión de roles.
Adulto joven	19 a 25 años	Intimidad contra aislamiento.
Adulto	26 a 40 años	Procreación contra estancamiento.
Madurez	41 años en adelante	Integridad del yo contra desesperación.

Figura 2 Balance de las características de la teoría psicosocial de Erikson.

3.1.2. Perspectiva del aprendizaje

Sostiene que el desarrollo resulta del aprendizaje, como un cambio duradero en la conducta, basado en la experiencia o la adaptación del ambiente. Se interesa más por el comportamiento observable que en las fuerzas inconscientes, estudia el comportamiento desde una perspectiva objetiva y científica.¹⁶



Teoría del conductismo

Se centra en comportamientos observables y medibles y que por consiguiente, puedan registrarse. Admite que el ambiente influye mucho en el comportamiento y sostiene que los seres humanos aprendan acerca del mundo de la misma manera como lo hacen los animales: reaccionan frente a determinados aspectos ambientales que encuentran placenteros, dolorosos o amenazantes. Está basada en el aprendizaje asociativo y lo divide en dos tipos que son el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.^{18, 20}

Condicionamiento clásico

Fue desarrollado por Ivan Pavlov (fisiólogo ruso), sostiene que el aprendizaje está basado en la asociación, es decir que una respuesta aparece después que es asociada repetidamente con el estímulo que la provoca. Para que se produzca la asociación de los estímulos debe practicarse el aprendizaje durante cierto espacio de tiempo. La conducta aprendida de forma refleja puede extinguirse si no se aplica el estímulo inicial junto al nuevo, renovando así el condicionamiento.^{18, 20}

Condicionamiento operante

Es una forma de aprendizaje y la consecuencia (el estímulo reforzador) es contingente a la respuesta que previamente ha emitido el sujeto. El condicionamiento operante implica la ejecución de conductas que operan sobre el ambiente.¹⁶

Aquí las conductas se emiten espontáneamente y sus consecuencias determinan el aprendizaje; así, las consecuencias agradables tienden a fortalecer una conducta. Estos principios fueron desarrollados por B.F. Skinner, quien recibió la influencia de las investigaciones de Pavlov y de Edward L. Thorndike, el aprendizaje está basado en el uso de refuerzos o castigos.¹⁶

Teoría del aprendizaje Social

Sostiene que el niño aprende los comportamientos sociales por observaciones e imitación de modelos. Bandura, es su principal exponente, ve al aprendiz como una persona que contribuye de una manera activa a su propio aprendizaje. La identificación de los niños con los padres es el elemento que más influye en la manera como adquieren el lenguaje, enfrentan la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden los comportamiento de la sociedad, pero se debe tener en cuenta que los procesos cognoscitivos funcionan cuando las personas observan diferentes modelos, tomando lo que más les interesa o llama la atención de cada uno y mentalmente los une para formar nuevos patrones complejos de conducta (figura 3)²⁰



Figura 3 Combinación de factores que influyen en la conducta.

Teoría cognoscitiva de Piaget

Piaget describió el desarrollo cognoscitivo en términos de cuatro etapas, cada una de las cuales se caracteriza por una capacidad única para organizar e interpretar la información. En cada nueva etapa las capacidades de las primeras etapas no se pierden sino que son integradas cualitativamente con un nuevo acercamiento al pensamiento y al saber.¹³



La primera etapa, inteligencia sensomotora, está caracterizada por la formación de esquemas sensoriales y motores cada vez más complejos que permitan que los niños pequeños organicen y efectúen el control sobre su ambiente.¹⁴

La segunda etapa, el pensamiento preoperacional, en esta etapa los niños desarrollan las herramientas para representar esquemas simbólicamente a través del lenguaje, de la imitación, de imágenes, de juegos simbólicos y del dibujo simbólico. El conocimiento, sin embargo, se vincula a las percepciones del niño.¹³

La tercera etapa, el pensamiento operacional concreto, los niños comienzan a apreciar la necesidad lógica de ciertas relaciones causales. Pueden manipular categorías, sistemas de clasificación y jerarquías en grupos.

La etapa final, pensamiento formal operacional, este nivel de pensamiento permite que una persona conceptualice muchas estrategias simultáneamente. Refleja la calidad de la inteligencia en la cual la ciencia y la filosofía han estado basadas.^{13, 14}

3.1.3. Perspectiva evolutiva o sociobiológico.

Se enfoca en las bases biológicas y evolutivas de la conducta es influenciada por Darwin, se basa en los conocimientos de antropología, ecología, genética, etología y psicología evolutiva para explicar el valor adaptativo o de supervivencia del comportamiento para un individuo o especie. En consecuencia cada generación mejora en términos adaptativos con respecto a las anteriores, y este proceso es la causa de la evolución de las especies.¹⁵



Teoría contextual

El desarrollo sólo puede entenderse en su entorno social, se considera que el ser humano no es un ente separado que interactúa con el ambiente, si no que es una parte inseparable de él.¹⁵

Teoría sociobiológica

El desarrollo ocurre a través de procesos de creciente complejidad de interacción bidireccional activa regular entre un niño en desarrollo y su ambiente cotidiano inmediato.¹⁵

Teoría sociocultural

Una confluencia de desarrollos crea cambios cualitativos en las estructuras cognoscitivas (pensamiento) de los niños, especialmente en situaciones nuevas que requieren acomodación y solución del problema. El desarrollo sigue al aprendizaje, ya que el aprendizaje crea el área del desarrollo potencial.¹⁷

3.2. Primeras capacidades sensoriales

Gracias a su cerebro en crecimiento, todos los infantes recién nacidos pueden tener una buena y amplia percepción de lo que tocan, ven, huelen, prueban y escuchan; a su vez el estímulo sensorial puede estimular un rápido desarrollo del encéfalo.¹¹

3.2.1. Oído

El oído funciona desde antes de nacer; los fetos responden a sonidos y parecen aprender a reconocerlos. La habilidad de los recién nacidos para distinguir sonidos está bien establecida. Infantes de tres días de nacidos pueden distinguir sonidos de habla nuevos, diferentes a los que han escuchado antes. Con un mes de edad los bebés pueden distinguir entre sonidos tan similares como ba y pa.¹²



Además ellos pueden diferenciar la voz de su madre de la de los extraños, el reconocimiento temprano de voces e idioma escuchados en el útero puede ser un mecanismo para formar una relación entre los padres y el niño.¹³

A los ocho meses, los bebés prestan atención al sonido de las palabras y almacenan estos patrones sonoros en la memoria, evidentemente al estar listos para entender el lenguaje, los infantes primero se familiarizan con los sonidos de las palabras y más tarde relacionan los significados con ellas. La sensibilidad ante las distinciones auditivas puede ser un indicador temprano de las habilidades cognoscitivas.¹⁴

3.2.2 Percepción auditiva

A diferencia de la visión, la percepción auditiva está muy desarrollada en el momento de nacer. Se cuenta con creciente evidencia que el feto reacciona ante el sonido en el sexto o séptimo mes del desarrollo prenatal. Los niños de tres días de nacidos muestran preferencia por las voces familiares sobre las desconocidas, lo cual significa que prefieren los sonidos que posiblemente oyeron cuando se hallaban en el seno materno.¹²

3.3 Características generales de los niños en las diferentes edades.

El niño tiene una variada gama de manifestaciones emocionales, que se desarrolla paralelamente con su físico y su personalidad. Estas manifestaciones se presentan en las distintas etapas de su vida y pueden ser exacerbadas o moduladas, teniendo en cuenta los factores del medio, es necesario precisar que la edad psicológica del niño, no corresponde siempre a la edad cronológica es necesario que para el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico se consideren ambas.^{12, 15}



3.3.1. Primera Infancia (hasta 2 años de edad)

El niño tiene miedo a la soledad, a separarse de su madre u otro ser querido al que está muy cercanamente ligado; a figuras extrañas y poco atractivas, a ruidos fuertes y sorprendidos, a movimientos bruscos. La respuesta más común a estos miedos en el niño de muy corta edad, es el llanto y a buscar protección de su madre.¹²

3.3.1.1 Desde el nacimiento hasta los 2 años

Durante el primer año tienen una independencia absoluta de sus padres. A los 6 meses reconoce las caras familiares por medio de expresiones faciales y desarrolla vínculos sólidos y firmes con los adultos que le cuidan.¹⁶

Durante el año, aumentan las capacidades motoras, aprende a nadar, se sienta y se lava solo. Toma objetos, se resiste a cumplir órdenes, no le gusta esperar, aparecen rabietas y negativismo, “No” es la palabra favorita del niño.¹⁷

Al año y medio hace uso de unas 15-20 palabras, aunque generalmente puede entender más palabras que las que puede decir, pide cosas señalando e imita actividades que ha observado en otras personas.^{17,16}

A los dos años la amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras, construye frases de 2 palabras además de intuirse una organización de las repuestas.¹⁶

En el tratamiento dental la comunicación resulta difícil, por lo que se aconseja dar órdenes claras y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles, el temor frente a extraños así como el miedo a la separación de los padres es común en este grupo de edad, por lo que se debe evitar separarlos de ellos.¹⁷



3.3.2. De 2 a 6 años (edad preescolar)

En esta etapa el niño incrementa de manera considerable su lenguaje, lo que le permite comunicarse, además de tolerar la separación de los padres, aumenta la capacidad de controlar sus emociones, así como es capaz de sentirse culpable o ansioso cuando no respeta las normas. El pensamiento del niño, aunque es complejo, continua mostrando egocentrismo, aun falta capacidad para comprender que el punto de vista de otra persona es diferente al suyo, es recomendable dar instrucciones claras. Los temores en esta edad son más específicos, todo aquello que pretende tocar su cuerpo, lo considera como una agresión, su imaginación es muy grande y crea fantasías que deben eliminarse con la experiencia vivida, entre estas se encuentran vinculadas al dolor.¹⁵

3.3.2.1. De los 4 a los 6 años (principales características)

Al principio de esta fase la conducta es inestable y tiene mucha facilidad para perder el control, pega, pateo y rompe cosas en momentos de ira. Progresivamente la conducta se encauza y se puede empezar a razonar con él. Al final de esta etapa el niño gusta de obedecer y complacer a su entorno, su conducta se dulcifica.^{15, 16}

Responde a los elogios, es la edad conocida como del cómo y del por qué, edad de la curiosidad, a estas edades el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de sus padres, se muestra confiado, estable y bien equilibrado.

En el tratamiento dental se necesita firmeza en el trato, pero resultan útiles las alabanzas y los elogios, se debe evitar herir sus sentimientos.¹⁶



3.3.3. De 6 a 12 años (edad escolar)

El niño está ansioso por aprender, reconoce y comprende el dolor, algo muy importante para el Cirujano Dentista, acepta las normas sociales de conducta, empieza a importar la apariencia física, se siente satisfecho cuando es aceptado por sus compañeros y al final de esta fase aprenden a recuperarse ante situaciones frustrantes.¹⁵

3.3.3.1. De los 6 a los 8 años (principales características)

Los cambios en el niño en esta fase son muy rápidos, pueden aparecer rabietas violentas y cambios puntuales de humor, con picos de tensión muy marcados, le cuesta adaptarse y espera que los demás lo hagan por él. El niño es muy exigente consigo mismo y no puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo, su deseo de aprobación hasta que normalmente trate de cooperar, la actitud hacia los padres también da un giro, y si antes era dependiente de ellos, ahora empieza a creer que los padres son injustos, y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna, el lenguaje está definitivamente fijado y el desarrollo intelectual es muy marcado.^{16, 17}

En el tratamiento dental es común que el niño muestre grandes temores a las lesiones en el cuerpo, necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas, es importante también en esta fase que el Cirujano Dentista muestre un lenguaje al nivel intelectual del niño.¹⁷



3.3.3.2. De los 9 a los 11 años (principales características)

Muy independiente y confiado en sí mismo, la actitud frente a la familia sigue modificándose y está más interesado en los amigos más que en la propia familia, sin embargo puede mostrarse rebelde ante la autoridad, aunque acaba por tolerarla, conforme va creciendo y madurando, va adaptándose al trabajo en equipo y crecen sus responsabilidades personales en distintos aspectos tales como la higiene y las tareas escolares, se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado.¹⁶

En el tratamiento dental se debe transmitir al niño la idea que él debe ser el responsable de su conducta, se debe evitar las críticas y la autoridad, y se procura que se sienta siempre tratado con justicia, se motiva para interesarlo en los tratamientos y motivarlo para promover buenos hábitos de salud.¹⁵

3.4. Reacciones emocionales comunes en el niño

Miedo

El miedo es una respuesta emocional normal del ser humano; es una emoción que ocurre en situaciones de stress e incertidumbre. Sin embargo, para experimentar esta reacción de miedo, hay que tener desarrollada la inteligencia, que permite diferenciar de aquello que exige temor por ser dañino, de aquello que solo es subjetivo.¹⁸

Preocupación y ansiedad

Estas reacciones son muy difusas, en comparación con el miedo que es más concreto, la ansiedad algunas veces está expresada como temor a lo desconocido y no se relaciona a ningún aspecto específico, se hace más manifiesta cuando hay más desarrollo intelectual en el niño.¹⁹



3.4.1 Factores que determinan la conducta del niño en la consulta

Factores naturales

Se dan desde el nacimiento, es poco probable influir sobre ellos y se clasifican en:

- a. Factores biológicos determinados genéticamente (herencia)
- b. Factores biológicos no genéticos (falta de oxígeno durante el nacimiento o el mal funcionamiento de un sistema)
- c. Experiencias de aprendizaje del niño.
- d. Medio ambiente-psico-social inmediato (padres, hermanos, amigos, maestros.)
- e. Medio cultural-social general, en el que se desarrolla.

Las dos primeras son fuerzas naturales y las tres últimas son fuerzas ambientales. La interacción de ambas, da como resultado el comportamiento y la personalidad del niño.²¹

Factores Ambientales

La cognición y la personalidad están más sujetas a variación por la experiencia: el tipo de familia en que crecen los niños, las escuelas a las que asisten y las personas con quienes conviven. Muchas de las reacciones del niño al tratamiento odontológico son el resultado de una serie de variables del ambiente y del medio en el que se desarrolla física y psicológicamente.²⁰

- a. La influencia de los padres, especialmente la maternal.
- b. La influencia de los hermanos y otros familiares.
- c. La influencia de la escuela: maestros, amigos.
- d. La influencia de la información masiva no dirigida.
- e. La influencia de antecedentes previos: médico- odontológicos.



Estilos de crianza

A medida que los niños van creciendo, van teniendo su propia individualidad, esta va siendo modulada por el estilo de crianza, lo cual establece la conducta del niño en las diferentes situaciones que enfrenta día a día.²¹

Actitud de la familia

Miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación, los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas. Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido, que el tratamiento dental jamás deberá ser usado por los padres como una amenaza hacia el niño, así mismo debe implicarse como una reacción para un castigo.²⁰

3.4.2. Tipos de Padres

El comportamiento de los padres y su relación con el niño son factores condicionantes indiscutibles. Por lo tanto, hay necesidad de establecer desde un principio una buena comunicación con ellos, así como el de orientar y controlar la relación triangular paciente- cirujano dentista- padres. En cuanto a la presencia de los padres en la sala de trabajo no hay pautas generales que deban seguirse. La decisión debe tomarse individualmente, dependiendo de las circunstancias y las características específicas de cada paciente, aunque la tendencia es cada vez mayor a permitirles el ingreso y hacerlos partícipes del proceso.¹³

Padres Motivados

Constituyen la gran mayoría y son aquellos que tienen un interés por la salud oral de sus hijos y quieren participar y aceptar la orientación del odontólogo.¹³

Padres Ansiosos

Aunque son padres motivados y colaboradores, su presencia puede resultar contraproducente para el manejo del niño, debido a su alto nivel de ansiedad. En estos casos es recomendable tratar de calmarlos, dedicarles tiempo y, en algunos casos, solicitarles que no estén presentes.¹³

Padres autoritarios

El Cirujano Dentista debe tomar control de la situación desde un comienzo. Aunque son los padres quienes finalmente toman la decisión de realizar un tratamiento, es el odontólogo quien debe orientar definir la forma como se ha de hacer. No se trata de crear una confrontación, si no de establecer unos mecanismos de comunicación claros y constructivos. Hay madres que son muy autoritarias con sus hijos (figura 4).¹⁵



Figura 4 Madre autoritaria atemorizando a su hija en la consulta dental.

Padres Manipuladores

Son padres que, de una manera sutil por medio de comentarios y sugerencias, intentan imponer la forma como debe tratarse al niño. Nuevamente, no puede confundirse la participación de los padres con una manipulación que conduzca al Cirujano Dentista a perder su seguridad.¹⁵



Experiencias previas

En los niños que tuvieron experiencias dentales negativas, la manera en que se presenta la información sobre el tratamiento que van a recibir puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad en el. Separación de los padres y miedo a lo desconocido. El grupo de niños entre los 3 y 6 años se ve más afectado a la presencia de nuevos miedos que van desapareciendo paulatinamente entre los 6 años en adelante.¹⁶

Edad

Existe una relación entre edad, ansiedad y conducta en el ámbito dental, los niños más pequeños muestran mayores niveles de ansiedad y mayores niveles de conducta no apropiados que niños de edades más avanzadas.¹³

La edad influye decisivamente en la conducta del niño en una visita inicial, los pacientes de 3 y 4 años muestran una variedad más amplia de conductas que los mayores y las conductas inapropiadas, así como la ansiedad, disminuyen con la edad.¹⁵

Los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el tratamiento progresa, la exposición y el conocimiento de los instrumentos dentales y del Cirujano Dentista son factores muy importantes para que el niño cambie.¹⁶

Sexo

Las diferencias con respecto al sexo pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización, sólo a partir de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños, los niños presentan mejores conductas que ellas cuando se les dan instrucciones rígidas de cómo han de comportarse.¹³

3.5. Clasificación del paciente pediátrico según su conducta

Las conductas no cooperativas y la excesiva ansiedad no permiten llevar a cabo los tratamientos de forma adecuada. La experiencia, el tiempo, la dedicación prestadas a estas técnicas ayudan a perfeccionar las habilidades clínicas del cuidado infantil, y otorgan al Cirujano Dentista seguridad y autoconfianza, lo cual es fundamental para la interrelación satisfactoria con el niño potencialmente difícil al tratamiento.¹⁵ Hay madres que influyen favorable o desfavorablemente en el desarrollo del niño (figura 5).²²



Figura 5 Actitudes maternas que influyen el desarrollo de las personalidades de los niños.

Aceptación del tratamiento dental

Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la expresión ocular, Rud y Kisling (1973) crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental:



Grado 3. Aceptación positiva.

Voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en el, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles.¹⁵

Grado 2. Aceptación Indiferente

Conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental continua siendo relajada.¹⁶

Grado 1. Aceptación con desgana

Falta de conversación, de respuesta, quizás una vaga protesta y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos. El niño parpadea o frunce el ceño.¹⁵

Grado 0. No aceptación

Protestas verbales o físicas manifiestas o llanto.

Este tipo de observaciones ayudan al Cirujano Dentista a valorar a cada paciente en concreto. Además, si se registran en las sucesivas visitas, reflejan también la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.¹⁶

La causa más evidente de que se produzca un fracaso total en la aceptación del tratamiento dental es la utilización de procedimientos dolorosos.¹⁵

Niño con alteración emocional

La ansiedad es un dato fiable de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un problema psicoemocional, a menudo se presenta una detonante conductual. Los niños afectados desde el punto de vista emocional son, pacientes dentales muy difíciles.¹⁵



Con frecuencia no hay diagnóstico confirmado en esos casos. Los padres, incluso los muy inteligentes y bien informados, no tienen idea alguna de que algo este mal.

Acostumbrados al comportamiento de su hijo, con frecuencia pasan por alto las anomalías de la conducta de éste o racionalizan una explicación del por qué su hijo se comporta de cierta manera.¹⁶

El trastorno emocional también puede ser problema para los niños con hogares desintegrados y otras circunstancias familiares poco deseables. Los niños de escasos recursos económicos sufran más alteraciones emocionales que otros de clases más privilegiadas.¹⁶

Poco se puede obtener cuando se intenta convencer a los padres de que el comportamiento alterado de su hijo durante la consulta dental pueda deberse a un problema emocional desconocido. Sin embargo, la actitud profesional del Cirujano Dentista incluye expresar cualquier opinión que pudiera favorecer el bienestar del niño.¹⁸

Paciente Infantil tímido o introvertido

La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños, en particular los muy pequeños. Como la experiencia odontopediátrica es un encuentro humano bastante intenso que exige empatía y comunicación entre el cirujano dentista y el paciente, es obvio que el niño muy tímido sufrirá estrés por la experiencia. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas, como el llanto.¹⁵

Los niños tímidos sufren un periodo complicado de ajuste ante las expectativas de una cita dental. Como con todos los niños, el primer objetivo del odontólogo es establecer empatía, confianza y comunicación.¹⁶

Con los tímidos, esto exige paciencia porque se encuentran poco capacitados para actuar con cuidado ante alguien y determinar lo que piensa o puede hacer.¹⁵



Niño atemorizado

Un niño con miedo representa un reto enorme para el Cirujano Dentista, estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor en general a lo desconocido.¹⁶

La respuesta a la pregunta de si un niño puede portarse mal ante el profesional por temor es afirmativa. Saber si el comportamiento de un niño no cooperador constituye una conducta motivada por el miedo u otra causa es un problema complejo.¹⁶

CAPÍTULO IV. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Técnicas de comunicación

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta, el Cirujano Dentista debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación, tanto a nivel verbal como paraverbal (figura 6).²²

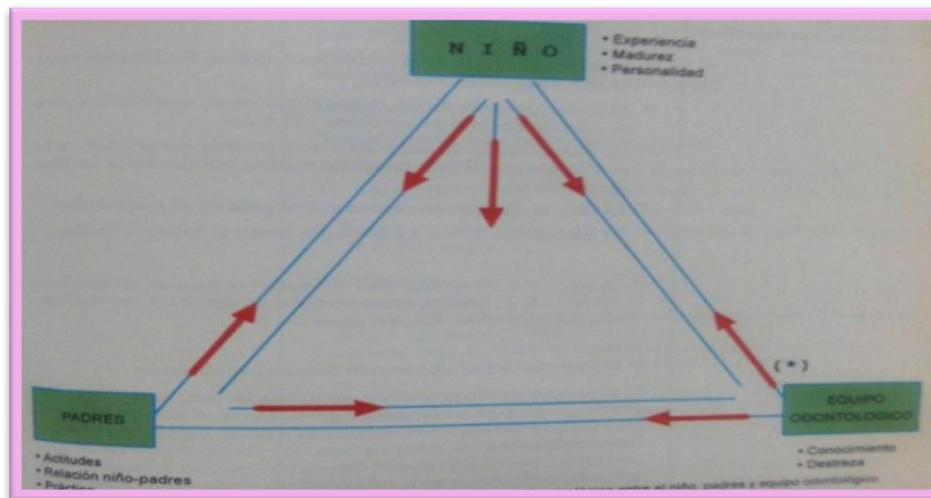


Figura 6 Factores que interrelacionan en la consulta odontológica.

Observarlo en la sala de espera, puede ayudar a saber que conducta y actitud va a tomar en su tratamiento, por otra parte, la influencia de los padres en el nivel de ansiedad de los niños en la consulta, nos dará una pista de la conducta a esperar del niño.²²

Al niño se le debe saludar de forma afectuosa y agradable, y se le debe preguntar abiertamente sobre sus gustos e intereses. Es imprescindible fomentar una buena comunicación para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro, mantenga su amor propio y se sienta responsable en su comportamiento.²²

La finalidad de estas técnicas es evitar conductas negativas y se basa en los principios ya establecidos en la Teoría del Aprendizaje Social. Por definición consisten en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre el cirujano dentista y el paciente, marcando inicialmente un objetivo, añadiendo las explicaciones necesarias para aproximarse al niño sucesivamente.²¹

4.1. Visitas previas

Puede programarse una visita preliminar con los padres, donde el Cirujano Dentista les da las instrucciones y consejos para incrementar las probabilidades de éxito en la primera visita del niño a la consulta. El niño tiene la oportunidad de un primer contacto y conocer al cirujano dentista en su consulta, además de observar el tratamiento que se le realiza a otro niño que colabore (figura 7).²¹

Todo ello sirve de preparación psicológica para la primera visita de tratamiento por lo que ayuda a mitigar sus miedos y ansiedades. Esta experiencia aumenta la probabilidad de que el niño responda mejor ante las peticiones del cirujano dentista en una posterior visita debido a que se convierte en alguien más cercano, esta visita debe ser tan agradable como sea posible.²²



Figura 7 Visita preliminar, el niño interactúa con un paciente simulado.

4.2. Visita introductoria

Se debe realizar al niño un procedimiento simple, como puede ser una profilaxis dental, que permite una progresiva familiarización con el ambiente dental de manera agradable, pudiendo el profesional obtener más información acerca de la colaboración de su paciente.²²

4.2.1. Imitación

El niño puede aprender viendo como otros reciben tratamiento, es de gran utilidad, principalmente, para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.

El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular, y así el niño que observa pueda comprender lo que se espera de él cuando se den determinadas instrucciones. En general los patrones complejos de conducta son aprendidos rápidamente por imitación. En lugar de tener a los niños contagiándose de la ansiedad materna, pueden ser llevados a las salas operatorias para ver a otros niños que pueden servir de modelo (figura 8).¹⁵



Figura 8 Imitación con ayuda de una paciente y un simulador.



4.2.2. Desensibilización

Incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez más próximas al objeto temido. La desensibilización es efectiva porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.¹⁵

Es importante conocer la base del temor infantil y a partir de aquí romper el vínculo entre éste y los condicionantes que provocan el miedo ya que evitan que el paciente contacte con la realidad, lo cual sirve para reforzar su conducta negativa. Si se puede exponer al niño a la situación, las posibilidades de que el miedo y la ansiedad disminuyan, aumentan porque el niño contacta con la realidad.¹⁶

4.2.3. Refuerzo

El cirujano dentista muestra con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente (elogios) o bien con expresiones faciales de agradecimientos (sonrisas). Para que resulten efectivos siempre han de otorgarse después de que se haya producido una buena colaboración y además de manera frecuente si el comportamiento es el adecuado.¹⁸

El premio es otra forma de recompensa siempre que se proporcione como una señal de aprobación. Puede facilitarlo el propio cirujano dentista, padres o ambos. Tampoco deben entregarse al final de la visita si la colaboración no ha sido la adecuada debido a que se refuerza su mala conducta y el paciente no comprende que esperamos otro tipo de actitud más favorable.¹⁸

4.2.4. Tiempo y fuera

Es una variación del refuerzo negativo, para pacientes de mayor edad (pre-adolescentes y adolescentes). Consiste en suspender temporalmente el tratamiento, en la misma cita, o darla por terminada y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando el niño este preparado para cooperar. Esta técnica solo debe utilizarse en situaciones muy específicas, cuando haya un alto grado de desarrollo emocional, un pleno entendimiento y una buena cooperación por parte de los padres.²²

4.2.5. Distracción Contingente

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos, y más recientemente con la realidad virtual. Estos medios se usan condicionados a un comportamiento adecuado.²¹ (Figura9)

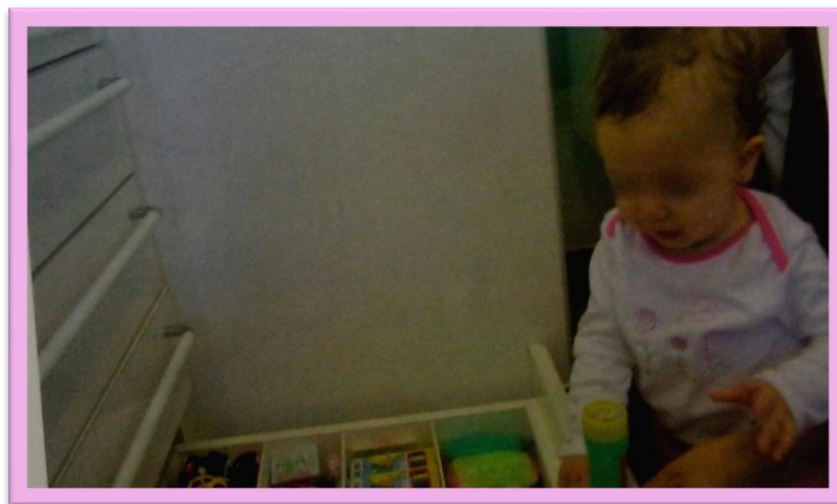


Figura 9 Distracción contingente en el niño con juguetes.²²



4.2.6. Escape Contingente

Se busca que el paciente tenga el control de la situación, de modo que con una indicación suya, por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento y éste se detendrá siempre y cuando el comportamiento del paciente sea el adecuado.¹⁹

4.2.7. Lenguaje Pediátrico

Este debe ser un lenguaje apropiado que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos aquellas palabras con connotaciones de ansiedad en el niño. Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del cirujano dentista. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma que las entienda pero no engañar o mentir con las explicaciones.¹⁹

En general es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero no extenderse ni dar información excesiva al niño ya que ello podría incrementar su ansiedad. El niño se siente alabado si se le juzga mayor de lo que es, a la mayoría les gusta hablar al profesional de algún tema curioso, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales. En niños más pequeños se puede añadir algo de fantasía a la conversación.¹⁵

Hay que tratar de responder a sus preguntas pero vigilar que no retasen con ello los procedimientos. Por otra parte deben darse pocas instrucciones pues el niño no puede responder a todo en un corto periodo de tiempo y además deben ser concretas y razonables; por eso es necesario pronunciar las palabras despacio y claramente, así como utilizar un tono de voz bajo que capte su atención.¹⁶



4.2.8. Distracción.

Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño. Es importante por parte del Cirujano Dentista mostrar interés para iniciar una conversación si la edad del niño lo permite, o bien en niños más pequeños simplemente utilizar otros medios de distracción como puede ser la magia. Algunos Cirujanos Dentistas susurran canciones como un elemento de distracción para el niño, además de ser una técnica de relajación para él.¹⁵

La auto distracción también resulta un elemento muy útil que utiliza el propio paciente para evadirse, y actualmente resulta fácil conseguirla mediante aparatos electrónicos para oír música o frecuentemente con el uso de teléfonos móviles.¹⁵

4.2.9. Ludoterapia

El juego tiene su principal interés como elemento terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción del niño, lo que le hace perder la seriedad a la situación dental. El juego lo debe iniciar el Cirujano Dentista, pues así se muestra más accesible y refuerza la comunicación con el paciente infantil. Es necesario disponer de ayudas (marionetas, juegos electrónicos, entre otros), que faciliten captar su atención. Un momento adecuado para su introducción puede ser después de realizar la aplicación de la anestesia local, dependiendo de la edad y del nivel de madurez del niño precisara más o menos de nuestra participación en el juego.¹⁶



4.2.10. Control de voz

Con esta técnica el Cirujano Dentista adopta una actitud autoritaria, está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, generalmente rabietas. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevando para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que es el propio Cirujano Dentista quien toma las decisiones, es más importante el tono de voz en sí que lo que se dice en concreto. La expresión facial del Cirujano Dentista debe acompañar al cambio del tono de voz, no deben transmitirse mensajes distintos, uno de forma verbal y uno de forma paraverbal.²¹

Una vez obtenida la atención del niño, se le agradece la interrupción de la mala conducta y se le dan instrucciones y las explicaciones pertinentes ya de una manera suave y agradable. Es una técnica muy efectiva para recuperar la atención de los pacientes odontopediátricos.²¹

4.2.11. Técnica de Triple E (Explique, Enseñe, Ejecute)

La idea es familiarizar al niño mediante una aproximación del ambiente e instrumentos de la consulta dental, debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- 1) Decir y explicar al niño lo que se le va a haber con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.
- 2) Mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica.
- 3) Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y enseñado.

La selección de las palabras es importante y es necesario un vocabulario sustitutivo para los instrumentos y procedimientos que el niño pueda entender, es una técnica sencilla y de fácil aplicación para que resulte efectiva se ha de pasar de un estadio a otro sin interrupción y de manera continua desde que el niño entra a la consulta hasta que sale de ella. No se aplicara para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado (figura 10).²¹

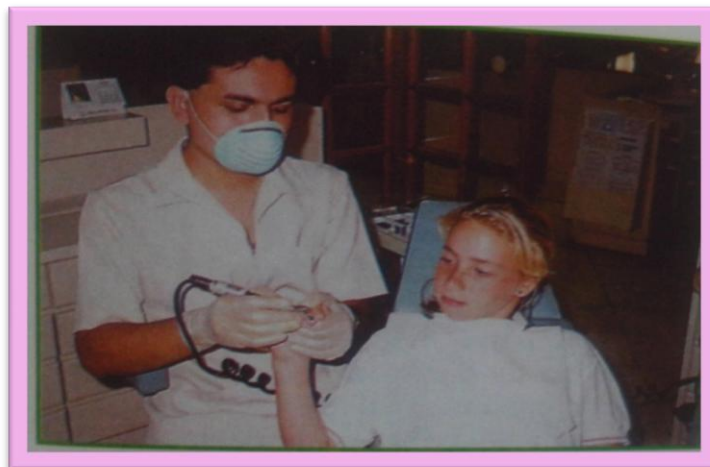


Figura 10 Técnica Decir-Mostrar-Hacer en paciente de 6 años.

4.2.12. Mano sobre boca

Esta técnica, no se utiliza como tal, aunque no excitan estudios que muestren daño psicológico en el niño, pero si problemas en la aceptación de los padres.²¹

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello no podría utilizarse en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos. Consiste en la aplicación firme de la mano del Cirujano Dentista sobre la boca del niño, cuando este se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos. La asistente controla las manos y piernas para frenar la agitación evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y se retirara la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar.¹⁵



Generalmente mediante la comunicación paraverbal (gestos, miradas y expresiones faciales) el niño indica que está dispuesto a ayudar, entonces se retirara la mano y se le elogia inmediatamente su conducta.¹⁵

La técnica, no busca asustar al niño, sino obtener su atención y silencio para que pueda escuchar y atender las peticiones de estar quieto y tranquilo, es importante que el Cirujano Dentista no refleje una actitud de enfadado.¹⁸



CAPÍTULO V. MUSICOTERAPIA

Etimológicamente significa “terapia a través de la música”, considerada como la técnica de comunicación que utiliza la música y los sonidos para producir fenómenos regresivos y abrir canales de comunicación a través de los cuales se puede comenzar el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente.²³

5.1. La musicoterapia en la salud

Las investigaciones sobre musicoterapia se realizan en todas las edades y enfermedades tales como Alzheimer, Parkinson, traumatismo de cráneo, autismo, demencia, enfermos psiquiátricos, niños con problemas de conducta, personas con SIDA, entre otras. Numerosos estudios demuestran la funcionalidad de la musicoterapia en pacientes con diferentes problemas neurológicos, estimulan la memoria anterógrada y retrograda, ayudan a incrementar la autoestima, estimulan a formar nuevas relaciones sociales, y se puede utilizar como método de contacto con la realidad.²⁴

Los efectos biológicos de la musicoterapia

La música sobre el organismo vivo tiene diversos efectos biológicos y pueden ocasionar diferentes repercusiones, según las características de la melodía, siendo éstas el incremento o disminución de las variables hemodinámicas.²² Entre estas variaciones orgánicas se encuentran: Aumenta el metabolismo, acelera la respiración o disminuye su frecuencia, influye el volumen relativo de sangre, modifica la presión arterial, disminuye el impacto de los estímulos sensoriales, ritmo cardiaco, tensión arterial, secreción de los jugos gástricos, tonicidad muscular, funcionamiento de las glándulas sudoríparas y equilibrio térmico de la piel.²³



Aplicaciones clínicas de la musicoterapia

Los métodos, técnicas y aplicaciones clínicas a través del uso de la musicoterapia sirven para ir descubriendo las necesidades de cada paciente, utilizándola para la regulación del estado de ánimo, al trabajar piezas musicales para disminuir la depresión o para relajarse en medio de estados de excitación producidos por estrés, temor, ansiedad o cualquier situación que altere el organismo.¹⁹

Desde la perspectiva psicológica uno de los beneficios de la musicoterapia es facilitar el desarrollo emocional y afectivo; el ritmo permite el escape de la ansiedad, estimula el sentido del tacto, del oído, facilita la circulación sanguínea, la respiración y los reflejos.²⁷

También sirve en la relajación, respiración y facilita la comunicación y la integración social de los lactantes, así como el mejoramiento notable del estado de ánimo para tranquilizarse en medio de estados de excitación; con el apoyo de la música se obtuvo mayor coordinación psicomotriz y mejora el funcionamiento físico, psicológico, intelectual y social.²⁷

5.2. La música como medio alternativo de modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental

En todo momento se está en un entorno donde se está expuesto a los ruidos los cuales proporcionan diferentes estados emocionales algunos de los cuales pueden aumentar el estrés. La técnica de relajación mediante musicoterapia constituye una alternativa para el control de la ansiedad. Ante cualquier estado de tensión, los signos vitales se alteran, llegando a tener valores altos y desequilibrando el comportamiento normal de la persona. La música influye sobre el ritmo respiratorio, la presión arterial, las contracciones estomacales y los niveles hormonales. Los ritmos cardíacos se aceleran o se vuelven más lentos de forma tal que se sincronizan con los ritmos musicales.²⁸

También se sabe que la música puede alterar los ritmos eléctricos del cerebro, en el cual se busca evaluar el empleo de la música como una herramienta en el tratamiento odontológico con el propósito de modificar la conducta del niño.²³

Este tipo de terapia no causa trastornos ni efectos secundarios; en cambio, mantiene relajado al paciente y permite un mayor grado de colaboración y facilita la labor del dentista. Los estudios realizados encontraron que más de dos tercios de los niños se divertían en la visita dental y no sintieron dolor. Esto indica que la música tiene un efecto positivo en la actitud del niño ante el tratamiento dental (figura 11).²⁵



Figura 11 El paciente niño en ambiente con musicoterapia relajado y tranquilo.

La utilización de la música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía.²⁵ Lamentablemente, esta técnica no es muy utilizada probablemente por falta de información del clínico. Algunos investigadores han utilizado música ambiental, canciones infantiles, historias y cuentos; así como también, diversos temas de audición durante el tratamiento de niños pequeños o discapacitados, con la finalidad de lograr una mayor colaboración del paciente pediátrico.²⁹



5.3. Musicoterapia clínica.

Una de las importantes cualidades de la música es su flexibilidad. La música puede ser usada de manera pasiva (solo escuchando), activa (tocando un instrumento), pasiva y activa a la vez (tocando instrumentos y escuchando, e inactiva (silencio absoluto). También puede ser utilizada de manera grupal (socializando) e individual (explorando creatividad y expresión personal).³⁰

Extensas investigaciones sobre musicoterapia están siendo realizadas en mujeres embarazadas, niños con autismo, adolescentes con problemas de conducta, adultos y enfermos terminales. Diferentes técnicas se aplican dependiendo del paciente y del tipo de música utilizada. Cada paciente es diferente y ha sido afectado por la música de diferentes maneras a lo largo de su vida. Lo que puede parecer entretenido, bueno o a gusto de una persona, a otra puede generarle malos recuerdos, asociaciones negativas, etc.³⁰

Por este motivo, un extenso estudio sobre las capacidades musicales del paciente, su historia clínica, y sus gustos musicales se realizan antes de cualquier aplicación de la musicoterapia. La música está siendo utilizada con diferentes funciones (reducir estrés, calmar dolor, incrementar la autoestima, cambiar conductas inapropiadas), las cuales están siendo estudiadas y expandidas a 50 otras funciones que tienen como objeto final ayudar al ser humano a conocerse a sí mismo y poder vivir mejor en sociedad.³⁰



CONCLUSIONES

La música constituye un ambiente adecuado para que el niño se inicie en el conocimiento y apreciación de los sonidos, la técnica musical aplicada, ayuda a estimular aspectos sensoperceptuales, cognoscitivos, psicomotrices y socioafectivos, logrando desarrollar aspectos físicos y emocionales del niño.

Los niños menores de 36 meses no presentan el desarrollo cognoscitivo que permitan la aplicación de técnicas de modificación de conductas con resultados predecibles y duraderos en el tiempo, dependen básicamente del temperamento del niño.

En Odontopediatría las técnicas que se utilizan nunca deben tener una connotación de castigo, ni reflejar la frustración del Cirujano Dentista ante la dificultad del tratamiento con el niño, si no ayudar a buscar la colaboración del paciente pediátrico, el éxito de las técnicas de manejo de conducta son dependientes también de la motivación y experiencia de los profesionales que las utilizan.

El uso de la musicoterapia disminuye significativamente los niveles de ansiedad en pacientes pediátricos expuestos a la música, identificando esta terapia alternativa como factor protector en el desarrollo de ansiedad en la consulta odontológica donde se efectúan procedimientos de prevención en niños.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bancalari S Loreto, Oliva M Patricio. Efecto de la Musicoterapia sobre los Niveles de Estrés de los Usuarios Internos de la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2012 Ago [citado 2016 Oct 16]; 6(2):189-193. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000200012&lng=es.
- 2.- Alonso A., Hernaez-Martínez, M. y Mauti P. Tratamiento multidisciplinar para el dolor lumbar crónico: Programa de musicoterapia. Rev. Soc. Esp. Dolor, 15(4): P.p. 228-33, 2008.
- 3.- Zárata, D. Díaz, T. V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Rev. Méd. Chile, 129(2): 219-23, 2001.
- 4.- Rodríguez J. Control de la ansiedad en consulta de odontología. Odontología vital. Revista Facultad de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica [Internet] 2005; 2(5): 9-16. Disponible en: http://www.uinteramericana.edu/ulatina2/wp-content/uploads/ediciones/Revista_Vita_Num_6.pdf.
- 5.- García M et al. Efectos de la Musicoterapia sobre la ansiedad generada durante la atención dental, en las mujeres embarazadas en el servicio de estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. Revista ADM 2004; (2): Pp. 59-64.
- 6.- Pedraza AP, Quintero A, Rivera L, Hoyos N, Reyes M. Musicoterapia para educación en Higiene Oral. Univ. Odontol. 2000; 20(41): Pp. 18-24.



- 7.- Cruz C, Díaz M. La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatológica Herediana 2005; 15(1). Pp. 46-49.
- 8.-<http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146> articulo-bases-aplicacion-musicoterapia-el-tratamiento13008916
- 9.- De la Fuente J. Sifuentes M. Nieto M. Promoción y educación para la salud en odontología, 1ra edición, Cd. México: Editorial el manual moderno, 2014. Pp.119-128
- 10.- Donati P. Manual de sociología de la salud. Madrid, España: Editorial Díaz de santos, 1994. Pp. 64-65
11. Mann L. Elementos de Psicología Social. Cd. México: Editorial Limusa, 2010. Pp. 7-11
- 12.- Papalia D. Wendkos S. Psicología. 1ra edición. México: Editorial McGraw-Hill, 2003. Pp. 70-130
- 13.- Meece J. Desarrollo del niño y del adolescente, 1ra edición, México: Editorial McGraw-Hill, 2006. Pp. 3-201
- 14.- Papalia D, Wendkos S. Duskin R. Psicología del desarrollo. 8va edición. México: Editorial McGraw Hill, 2003. Pp. 101-547
- 15.- Barbería E. Odontopediatría, 2da edición. Barcelona: Editorial Masson. 2002. Pp. 115-136
- 16.- Boj J. Catalá M. Mendoza A. Odontopediatría, la evolución del niño al adulto joven. 2da edición. Madrid, España: Editorial Medica Ripano, 2012. Pp. 10- 451



- 17.- Biondi A. Cortese G. Odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. España: Editorial Alfaomega, 2010. Pp. 99- 105
- 18.- Koch G. Odontopediatría. Abordaje clínico. 2da edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2011. Pp. 16-33
- 19.- Castillo R. Manual de odontología pediátrica. 1ra edición. Colombia: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.,2000. Pp. 23-65
- 20.- Finn S. Muñoz C. Odontología Pediátrica. 4ta edición. México: Editorial Interamericana, 2001. Pp. 29-39
- 21.- Ralph E. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ta edición. Barcelona, España: Editorial Mosby- Doyma Libros, 2003. Pp. 33-51
- 22.- Nahas M. Odontopediatría en la primera infancia, 3ra edición. Brasil: Editorial Santos Editora, 2009 Pp.142-146
- 23.- Lacarcel J. Musicoterapia en Educación Especial. Murcia: Universidad de Murcia, 1990. Pp. 2-6
- 24.- Benenzon RO. Manual de Musicoterapia. 2da edición. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S. A., 2004. Pp. 15-54
- 25.- Rebollo JA. La curación por la música. 1ra edición. Madrid: Editorial Libsa; 1993. Pp. 115-130
- 26.- Averard M. Kornblum N. 13 pasos para liberar la voz curativa: terapia de sonido. 1ra edición. España: Editorial Dilema S.L, 2012. Pp. 20-50



27.- Muñoz C. Musicoterapia con niños con síndrome de Down. 1ra edición. Madrid: Editorial Nuevas Músicas, 2011. Pp. 4-23

28.- Álvarez I. Muñoz N. Cárdenas J. Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. Revista CES Odontología.1998. Pp. 13-20

29.- Bronstein R. Braverman R. Dubovoy S. Juguemos con la música. 2da edición. Mexico: Editorial Trillas, 2009. Pp. 1-17

30.- Benenzon R. Musicoterapia de la teoría a la práctica.4ta edición, Barcelona, España: Editorial Paidós, 2015. Pp. 42-131