



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**



CARRERA

CIRUJANO DENTISTA

**MANEJO ODONTOLÓGICO EN EL PACIENTE CON TRASTORNO
DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

TESIS PARA OBTENER TÍTULO DE CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA

KARLA MAYTHE BERNAL NOYOLA

DIRECTOR DE TESIS

CD.ESP. ÁNGEL ESCUDERO CASTRO

ASESOR DE TESIS

MTRO. RIGOBERTO FERNÁNDEZ LIMA

CIUDAD DE MEXICO

2017



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

Le agradezco a Dios por haberme permitido vivir cada día, por acompañarme y guardarme a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizaje.

Gracias al amor recibido, la dedicación y la paciencia con que cada día se preocupan mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis. Les doy gracias por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida por darme la oportunidad de estudiar esta carrera y por ser ejemplo de vida.

Gracias a mi papá por ser el principal promotor de mis sueños, gracias por confiar y creer en mí. Gracias por siempre desear y lo mejor para mi vida y por cada consejo y por cada una de las palabras que me han guiado en mi vida.

Gracias a mi mamá por dame el regalo de la vida, por darme inspiración y fuerza para cada día despertarme con ganas de alcanzar el éxito y luchar por cada una de mis metas sueños y anhelos.

Le agradezco a mi abuelita, una mujer dedicada a su familia que entrego y entrega todo por los que ama, gracias por apoyarme, darme consejos, por tu compañía, por poder vivir y disfrutar la vida a tu lado y gracias por cada día enseñarme algo nuevo, gracias por hacerme disfrutar cada detalle de la vida.

Le agradezco también a mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unión familiar.

Le agradezco a mi universidad por permitirme tener la experiencia de estudiar en la mejor institución educativa del país y convertirme en una profesionalista.

Les agradezco a mis profesores por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

Gracias al Doctor Ángel y Maestro Rigoberto por haberme brindado la oportunidad de desarrollar esta tesis y por compartir sus conocimientos conmigo y por el apoyo incondicional.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo al Maestro Eduardo por haber compartido conmigo sus conocimientos, por lo que fue significativo para la realización de esta tesis.

Le agradezco a la Doctora Georgina por cada momento dedicado, por sus sugerencias y la claridad de ellas y al Doctor Enrique por el tiempo y la dedicación a mi tesis.

Finalmente agradezco a quien lee este párrafo de mi tesis por permitir a mis experiencias, investigaciones y conocimiento incurrir dentro de su repertorio de información mental.

Gracias.

I. ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. ÍNDICE	3
II. INTRODUCCIÓN	5
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. RESUMEN	7
V. MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.	
1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DEL TDAH	9
1.2. DEFINICIÓN	9
1.3. CLASIFICACIÓN	10
1.4. EPIDEMIOLOGÍA	11
1.5. ETIOLOGÍA	12
1.6. DIAGNÓSTICO	13
1.6.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	14
1.7. TRATAMIENTO	15
1.7.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	16
1.7.2. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL	17
1.8. PRONÓSTICO	19
CAPÍTULO 2. DESARROLLO DEL NIÑO	
2.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	22
2.2. PRINCIPALES GENERALES DEL DESARROLLO	23
2.3. TEORIAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO	26
2.4. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO	31
CAPÍTULO 3. MANEJO ODONTOLÓGICO	
3.1. MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA CONDUCTA EN NIÑOS	35
3.2. CONDUCTA Y PERSONALIDAD EN EL NIÑO	35
3.3. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA INFANTIL	36
3.4. VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.	40
3.4.1. VARIABLES MAYORES	41
3.4.2. VARIABLES MENORES	47
3.5. TERAPÉUTICA NO FARMACOLÓGICA DEL MANEJO DE CONDUCTA	50
3.6. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL	54
3.6.1. TÉCNICAS BÁSICAS	54
3.6.2. TÉCNICAS AVANZADAS	58
3.7. TERAPÉUTICA DE MANEJO DE FARMACOTERAPIA DE LA CONDUCTA	61
3.8. SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN PACIENTE CON TDAH	67

3.9. PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO	68
VI. OBJETIVO	71
VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	72
VIII. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICO	73
IX. DISCUSIONES	76
X. CONCLUSIONES	77
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

II. INTRODUCCIÓN

El manejo de conducta en el consultorio dental, es vital para la atención en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), este trastorno se caracteriza por la dificultad para poner atención y la impulsividad de sus acciones, por este motivo es de importancia realizar un manejo adecuado en paciente con TDAH, por lo que el Cirujano Dentista debe de conocer la distintas técnicas de modificación de conducta.

El TDAH es un trastorno que cuyo origen aún no se encuentra definido con exactitud, es una alteración neurobiológica crónica que se origina en la niñez, por lo que su diagnóstico y tratamiento tiene que ser evaluado por el especialista como es el neurólogo pediatra, el neuropsicología y neuropsiquiatra.

El Cirujano Dentista como profesional de la salud debe mantener una dentición sana, completa y funcional, para lograr esto en el paciente con TDAH es de importancia conocer cada de las alternativas de tratamiento tanto terapéutico como farmacológico que pueda recibir el paciente, así mismo conocer sobre el trastorno sus variables. En la atención en el consultorio dental se debe considerar la capacidad de comunicación del paciente, la conducta y los posibles cambios que puedan acompañarlo, para darle una mejor atención y tratamiento adecuado a sus necesidades del paciente.

En el protocolo de atención en paciente con TDAH se muestra una alternativa de cómo llevar la atención en el consultorio dental desde la realización minuciosa de la historia clínica, interconsulta médica, el consentimiento informado, la aplicación de técnicas básicas de modificación de conducta, este protocolo es una herramienta que ayudara al Cirujano Dentista a dar una mejor consulta y tratamiento en el abordaje del paciente con TDAH.

Este trabajo presenta un caso clínico, dado a la experiencia recibida el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en lo cual se explica cómo se llevó la atención con diferencias técnicas de modificación de conducta logrando llevar acabo el tratamiento odontológico, alcanzando con ello mejorar la calidad de vida odontológica del paciente.

III. JUSTIFICACIÓN

Las afecciones psiquiátricas infantiles como es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema social actual, que ha ido incrementando en los últimos años en la población mundial. El TDAH está asociado a serias dificultades sociales, psicológicas y de aprendizaje así como otros más complejos como son el fracaso académico, abuso de sustancias y delincuencia en la adolescencia. Por lo que este trastorno produce una demanda de los sectores de salud mental, educación, y entre el odontológicos.

Se considera que la prevalencia del TDAH mundialmente es de 3-5%, mientras que en México de acuerdo con un estudio realizado en el 2015 en Jalisco se encontró que la prevalencia de TDAH es de 9.11%, esto nos dice que desde el punto de vista odontológico es cada vez más frecuencia el aumento de consultas de niños con este trastorno, se conoce que entre las alteraciones bucales la principal es caries, y posteriormente se encuentra enfermedad periodontal y pérdida prematura de dientes.

Los niños con TDAH son un reto para el Cirujano Dentista ya que son pacientes poco colaboradores y de difícil manejo. Al realizar mi servicio social en el Hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro note que la gran mayoría de mis pacientes eran diagnosticado con TDAH esto me llevo a darme cuenta de la falta de orientación sobre este trastorno.

Por esta razón en este trabajo se proporciona de un protocolo de atención odontológica que será una herramienta para el Cirujano Dentista, teniendo en cuenta la información actualizada del manejo de conducta en el consultorio dental.

IV. RESUMEN

En este trabajo se realiza una revisión actualizada sobre el trastorno del TDAH proporcionando aspectos históricos, una definición clara, la clasificación dada por el DSM y CIE, como también se menciona sus criterios y características para realizar su diagnóstico y tratamiento. También se habla de las diferentes teorías del desarrollo del niño y los procesos de desarrollo psicológico y fisiológico, en donde cada etapa nos da un rango de edad.

La existencia de diferentes técnicas de comunicación y factores que puedan influir en el comportamiento, nos dan a conocer si el paciente es cooperador o no cooperador, así mismo la implementación de técnicas de modificación de conducta y el conjunto de todos estos factores nos auxilian para brindar un mejor servicio a niños con TDAH.

El protocolo que se comparte le ayudara al Cirujano Dentista como herramienta para dar una atención en forma adecuada y para evitar dificultades al realizar tratamientos a niños con TDAH. El caso clínico que se presenta, se enfocada en el proceso de la modificación de conducta en un niño con TDAH que fue atendido en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

CAPÍTULO 1.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

V. MARCO TEÓRICO

1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DEL TDAH

El trastorno por déficit con o sin hiperactividad (TDAH) ha recibido un gran número de denominaciones desde que se describió por primera vez en 1902. Se señala a H. Hoffman como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX. Si bien es uno de los trastornos conductuales más comunes de la niñez, solo en fecha reciente, unas cuantas décadas a lo sumo, el reconocimiento y la persistencia de los síntomas del TDA/H en la vida adulta.^{1,2}

El TDAH, término descrito desde 1970 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se define como un trastorno psicopatológico con una base biológica, que aparece a edades inferiores a los siete años de edad y que se caracteriza por tres elementos: el déficit de atención, la conducta hiperactiva y la impulsividad.¹

La característica esencial de este trastorno es un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad-impulsividad, cual es más frecuente y grave que los observados de manera habitual en individuos de nivel de desarrollo comparable (APA, 2000). Estos niños pueden distraerse con mucha facilidad y son incapaces de contenerse al estímulo. La actividad motora es excesiva y los movimientos son al azar e impulsivos.³

Con el surgimiento de las clasificaciones en psiquiatría, como son DSM que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y el CIE que es la Clasificación Internacional de Enfermedades, (*ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health*), en sus primeras versiones no incluía este trastorno dentro de la taxonomía psiquiátrica, más tarde en el DSM-II y CIE-9 apareció como síndrome hiperactivo de la infancia.¹

Después en el DSM-III se incluyó como trastorno de la atención con o sin hiperactividad. A partir del DSM-III-R y DSM-IV es llamado trastorno por déficit de atención y del comportamiento perturbador con los subtipos de predominio inatención, hiperactividad, mixto y el no especificado, mientras que en la CIE-10 lo incluye como trastorno de la atención y de la actividad con los subtipos similares que el DSM-IV.⁴

1.2. DEFINICIÓN:

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, la hiperactividad y la impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.⁵

Las características que definen este trastorno son las siguientes:

Déficit de atención: Se manifiestan de diferentes formas, principalmente por la falta de concentración y la falta de atención a las instrucciones que se le dan. La falta de atención parece ser un problema fundamentalmente en situaciones monótonas, aburridas o rutinarias.⁶

Problemas de actividad: Incluyen tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna. Suele decirse que los niños con TDAH no paran de moverse, son inquietos, nerviosos e incapaces de estar sentados sin moverse. Estos niños se retuercen, se mueven mucho, no paran de dar golpecitos con los dedos y empujan a sus compañeros de clase. Todos suelen tener con mucha frecuencia pequeños accidentes como caérseles las bebidas o golpearse con las cosas.⁶

Impulsividad: La impulsividad es una deficiencia en la inhibición de la conducta, manifestada como actuar sin pensar. El niño puede entrar de lleno en un problema y tratar de resolverlo antes de planearlo el primer paso, realizar conductas peligrosas sin hacer caso de lo que le digan, interrumpir a los demás, meterse delante de los otros en la fila o interrumpirse cuando está llevando a cabo una tarea.⁶

1.3. CLASIFICACIÓN

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH, como es el DSM-V (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 1992). Los dos sistemas de clasificación comprenden criterios diagnósticos específicos que han establecido la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con estas clasificaciones, se establece las condiciones y síntomas en los pacientes para poder realizar un diagnóstico.⁷

En ambas clasificaciones DSM-IV y CIE-10, se describen el trastorno de forma similar (**tabla1**), con algunas variaciones sobre los criterios exigidos para el diagnóstico y la aceptación de los distintos tipos.³

Tabla 1. Criterios de diagnósticos para Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad, de acuerdo con DSM-IV y CIE-10.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS DEL TDAH	
A. DESATENCIÓN O DÉFICIT DE ATENCIÓN	
DSM-IV	CIE-10
1a. A menudo no presta atención suficiente a detalles, comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades	G1.1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido
1b. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas	G1.2 Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
1c. A menudo parece que no escuchan cuando le hablan directamente	Imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo no originada por un comportamiento de liberado de oposición ni por una dificultad para entender
1d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares ,encargos u obligaciones en el centro de trabajo	G1.5 Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades
1e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	G1.6 A menudo evita o se siente marcadamente incomodo ante tareas tales como los deberes

	escolares que requieran un esfuerzo mental sostenido
1f.A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajo escolares o domésticos)	G1.7 A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades ,tiene estímulos irrelevantes
1g.A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo ejercicios escolares juguetes, lápices, herramientas)	G1.9 Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades
1h.A menudo se distrae por estímulos irrelevantes	
1i.A menudo es descuidado en las actividades diarias	
B.HIPERACTIVIDAD	
2a. A menudo mueve en exceso manos o pies o se levanta de su asiento	G2.1 Con frecuencia muestra inquietud con movimiento de manos o pies o removiendo en su asiento
2b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado	G2.2 Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
2c.A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en los que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos suele limitarse a sentimiento subjetivos de inquietud	G2.3 A menudo corretea atrapa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes en los adultos pueden manifestarse por sentimiento de inquietud
2d.A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio	G2.4 Es por lo general inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas
2e. A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor	G2.5 Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificables sustancialmente por los requisitos entorno a lo social
2f. A menudo habla en exceso	
C.IMPULSIVIDAD	
2g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completada la pregunta	G3.1 Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas
2h. A menudo tiene dificultades para guardar turno	G3.2 A menudo es incapaz de aguardar un turno en la cola o en otras situaciones de grupo
2i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo se entromete en juegos o conversaciones)	G3.3 A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros
	G3.4 Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales

Berenzon A. , Del bosque J.,Medina E...Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente México 2010 [internet] [junio 2016] pag. 12-13

No obstante la clasificación DSM-IV comprende dos grupos de síntomas fundamentales, la desatención y la hiperactividad/impulsividad, definiendo tres subtipos de TDAH:

Tipo con predominantemente inatento: Destacan los síntomas en el área atencional, y los de la hiperactividad/impulsividad no son significativos. “Falta de atención”. El déficit principal es la lentitud en el procesamiento de la información. Son más pasivos y no suelen poner de manifiesto problemas de comportamiento.

Tipo con predominantemente hiperactivo-impulsivo: Destacan los síntomas de hiperactividad e impulsividad, inatención y los del área atencional no son significativos. Es más común en niños en la etapa preescolar y posiblemente es el precursor evolutivo del subtipo combinado.⁸

Tipo combinado: Es el más frecuente. Presenta síntomas en ambos grupos de síntomas. Con problemas tanto de comportamiento como de aprendizaje.⁸

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente se sabe que afecta tanto a niños como a adolescentes y que los individuos afectados con frecuencia manifiestan algunos de los síntomas también en la edad adulta, en estudios epidemiológicos recientes han reportado una prevalencia a nivel mundial de 8% a 12% de niños y adolescentes con TDAH mientras un 1.2% a 1.3% en adultos. La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños de los que el 15% tiene algún problema de salud mental. Por lo que se calcula que en México existe alrededor de 1'500,000 niños TDAH. En la actualidad se considera que de cada 100 niños en edad escolar de 3-5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo ya que de 100 hombres adolescentes 1-6 lo presenta y de 100 mujeres adolescentes de 1-2 lo presenta.⁵

Los estudios que existen reportan una prevalencia similar en las distintas poblaciones y regiones de todo el mundo. En comunidades rurales y urbanas el desarrollo manifestación y evolución del TDAH es parecido. Es más frecuentemente en niños que niñas, se cree que esto se debe a que las niñas manifiestan más problemas atencionales, mientras que en los niños tienen más problemas de conductas perturbadoras, por lo que ocasionan mayor estrés familiar y por lo tanto mayor demanda asistencial.⁸

1.5. ETIOLOGÍA

La etiología es multifactorial, ya que influyen diversas variables; sin embargo, actualmente se cuenta con el conocimiento de algunos de ellos, es importante saber que ningún factor por sí solo explica el origen del trastorno. Algunos factores que intervienen son los siguientes:

Factores genéticos

Si se considera el TDAH, desde el punto de vista genético, se han llevado a cabo estudios familiares en gemelos, en hijos adoptivos e investigaciones sobre genética molecular que han demostrado que el TDAH es altamente heredable de padres a hijos. Existe mayor incidencia en niños que durante su gestación, la madre ingirió alcohol, drogas y cigarros

durante el embarazo, como también exposición a plomo, bajo peso al nacer, problemas obstétricos y prematuridad.⁵

Factores neuroquímicos

Desde el punto de vista de la neurotransmisión, el TDAH es un trastorno caracterizado por las deficiencias de dopamina y noradrenalina. La dopamina y la noradrenalina son los dos neurotransmisores de mayor relevancia, ambos están implicados en la función atencional y la dopamina también en la regulación motora. Se ha observado afectación de las regiones ricas en dopamina (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en noradrenalina (región posterior de la flexibilidad cognitiva).⁹

Factores neuroanatómicos y fisiológicos

Las áreas cerebrales involucradas son; la corteza prefrontal, los núcleos basales del cerebro y el cerebelo. Se han realizado estudios con resonancia magnéticas o tomografías computarizadas que muestran anomalías en la estructura cerebral en los pacientes con TDAH, los hallazgos más frecuentes fueron menor volumen en la corteza frontal del cerebelo. En los estudios realizados se encontró, que la disfunción del circuito cerebelo-tálamo-corteza pueden intervenir en el control motor e inhibición del déficit de las funciones ejecutivas del paciente con TDAH y la falta de funcionalidad en los circuitos que controlan la región posterior del circuito de la corteza ventro-media-frontal, así como la región dorsal anterior del cíngulo originan problemas en la capacidad para atender y probablemente son la base de su disfuncionalidad.⁴

Factores psicosociales

La familia es muy importante que ya la convivencia que produzca estrés psicológico en el niño como es, la pérdida del equilibrio familiar, además de técnicas educativas inapropiadas como falta de reglas, límites, problemas con amigos, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas entre padres-hijos e inconsistencia o falta del acuerdo entre padres entre otros factores que provoquen ansiedad, contribuyen a la aparición o la persistencia del TDAH.⁵

1.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDAH está basado principalmente en la evaluación clínica, los datos sobre la sintomatología del paciente deben ser proporcionados por los familiares responsables del portador de TDAH y los maestros. Se debe realizar una historia clínica completa, (antecedentes familiares, personales y patológicos) detallada acerca de los datos del desarrollo y de los síntomas del trastorno, obteniendo en ella descripciones de conducta específica en diversas situaciones, como durante la realización de tareas estructuradas o no estructuradas, trabajos en grupo o individuales y actividades de ocio o académicas.⁴

Los rasgos clínicos que se encuentran en las diferentes edades en niños con TDAH son los siguientes:

Del nacimiento a 5 años.

- Alto nivel de actividad, búsqueda de la atención, rabietas y dificultad para jugar solo.
- Desarrollo motor precoz, niños inquietos y "trepadores", con curiosidad insaciable.
- Mayor frecuencia de accidentes, heridas e intoxicaciones.
- Impacientes, insistentes y muy demandantes
- No suelen seguir las normas, molestan e interrumpen a sus compañeros.
- Poca persistencia en el juego.

De 6 a 12 años.

- Excesiva actividad motora en clase ante la exigencia de estar sentados, pero normal en el recreo.
- Impulsividad: responden sin "escuchar", contestan por escrito sin "leer" el enunciado.
- Interrumpen la actividad y los juegos ajenos.
- Tareas escolares incompletas, no organizadas, sin hábitos de estudio y olvidos de material.
- Dificultad para el esfuerzo mental y fácil distracción por interferencias.
- Problemas de cálculo, lectura, escritura y en general del aprendizaje.

En la adolescencia.

- Suele disminuir la hiperactividad
- Sensación interna de "inquietud" Siguen los problemas de inatención e impulsividad
- Desgaste, desmoralización y frecuentes trastornos del ánimo: hiperactivos, hipoactivos.
- Problemas de conducta - Relación conflictiva con los adultos.
- Posibilidad de abuso de sustancias tóxicas y actividad sexual precoz y de riesgo.
- Posibilidad de abandono de los estudios.^{5,10}

Para un diagnóstico en niños menores de 6 años deben cubrir los criterios con una duración de al menos 9 meses de sintomatología persistente y de edades escolares durante 6 meses. En el proceso diagnóstico en los adolescentes es más arduo porque las manifestaciones del trastorno cambian con la edad. Es un tanto más difícil observar una descripción fiel de la conducta del adolescente, especialmente en la escuela y en el ámbito laboral debido a la ausencia de un profesor único que sea responsable a lo largo del día. Cabe señalar que no existen pruebas diagnósticas para el TDAH, el electroencefalograma no hace el diagnóstico ni es un estudio obligado.⁴

1.6.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se lleva a cabo en relación a padecimientos que comparten algunos síntomas del TDAH, como las crisis generalizadas tipo ausencia, o con otros padecimientos psiquiátricos del desarrollo, neurológicos o médicos. Es importante

determinar si dichos padecimientos representa comorbilidad o si están mimetizado al TDAH. ⁴

Los diagnósticos diferenciales incluyen:

Trastorno de ansiedad: Existe dificultades para mantener la atención. No es impulsivo ni agresivo, frecuentemente inhibido tiene una historia familiar de alteraciones de ansiedad, inquieto, impaciencia, preocupado y no acelerado, ni intrusivo, ni hiper-estimulado como el TDAH. No es socialmente disruptivo y por lo general es reticente a socializar. ⁵

Trastorno depresivo: Dificultad para mantener la atención, pero por lo general existe lentitud psicomotora irritabilidad, trastornos del sueño y del apetito, que no suelen existir en el TDAH pérdida de intereses y gusto por jugar y por actividades que anteriormente si disfrutadas pueden o no, acompañarse de tristeza y llanto fácil. No existe impulsividad. En algunos casos, en niños se puede acompañar de hiperactividad.

Trastorno bipolar: Cambios frecuentemente del estado de ánimo, irritabilidad, explosión de ira con agresividad, ánimo depresivo, verborrea, discurso acelerado con fuga de ideas, estado de ánimo, expansivo, hipersexualidad, autoestima elevado en ocasiones hiperactividad e impulsividad. Ciclan rápidamente de un estado de ánimo a otro. ⁴

Trastorno de aspecto autista: Muestran patrones átonos de pensamientos, no presentes en el TDAH. Reacciones sensoriales peculiares. Fascinación por ciertas cosas crudas de juegos, luces y extrañas aversiones (a ciertas comidas) socialmente son distintas e interesados en los demás, en su higiene personal en su ropa, etc. Movimientos estereotipados, posturas y manierismos motores atípicos. Estados de ánimo impredecibles, lábil, caprichosos no sujeto a eventos de la realidad. Baja empatía, pobre percepción del significado de los eventos.

Trastornos de aprendizaje: Presencia notoria de discrepancia entre su coeficiente intelectual y su aprovechamiento escolar. No existen datos de historia de hiperactividad en la infancia temprana. Los problemas de atención aparecen en la infancia media relacionados con temas específicos. No son socialmente agresivos ni disruptivos, no son impulsivos, no desinhibidos. ⁵

Retraso mental: El retraso mental se define como una limitación significativa de las funciones intelectuales como diferencias en las habilidades de la vida del tipo conceptual, social y practica con un coeficiente intelectual por debajo 80. ⁴

Hipertiroidismo: El niño presenta deterioro del desempeño escolar, alteraciones cognitivas y conductuales, como son, hiperactividad, irritabilidad ansiedad, disforia y problemas de atención. No hay impulsividad. ⁴

Intoxicación por plomo: Niveles sanguíneos de plomo moderados o elevados pueden producir problemas de atención, hiperactividad, bajo rendimiento escolar y bajo coeficiente intelectual.

Trastorno opositorista desafiante /trastorno disocial: En ausencia de TDAH, carece de impulsividad y de conductas desinhibidas. Desafía principalmente a la madre. Es capaz de cooperar y llevar a cabo tareas en comendados por otros. Carece de problemas de atención y de capacidad para estar quieto se resiste a iniciar una tarea, en cambio los de TDAH la inicia pero le cuesta mucho trabajo terminarla frecuentemente se asocia con deficiencias en el manejo parental del niño o con disfunción familiar. No presentan retraso del desarrollo en la maduración de la habilidad motora.⁵

1.7. TRATAMIENTO

El tratamiento es multidisciplinario donde intervienen los padres de familia, el educador y el profesional de salud, por lo que se debe desarrollar y diseñar adecuadamente un plan de tratamiento comprensivo, multimodal e individualizado de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El uso de la psico-educación es indispensable en todas las etapas del manejo. El tratamiento farmacológico es uno de los pilares de la estrategia terapéutica en estos pacientes. Aunque los fármacos estimulantes son eficaces en el tratamiento de los niños con TDAH, algunos continúan teniendo dificultades emocionales, académicas o sociales a pesar del tratamiento farmacológico. En estos casos puede resultar útil combinar los fármacos con intervenciones psicosociales.¹¹

Por lo que es importante que el tratamiento farmacológico deba ser indicado y vigilado exclusivamente por médicos. La decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los padres, el paciente y el médico. Los adolescentes y adultos deben participar activamente en su tratamiento con apoyo familiar. Los tratamientos psicosociales de los niños con TDAH incluyen las intervenciones educativas, las escuelas de padres, los tratamientos de modificación conductual, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia familiar.¹¹

1.7.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento farmacológico destacan los psicoestimulantes y los psicofármacos no estimulantes.

Psicoestimulantes

Los psicoestimulantes son la mejor opción farmacológica disponible en la práctica clínica, en la actualidad son los más comúnmente utilizados, en las investigaciones realizadas reportan su efectividad en el TDAH. El metilfenidato actúa sobre la corteza y sistema recular activador es un fármaco estimulante del sistema nervioso central (SNC), inhibe la recaptura de dopamina y norepinefrina, se une a las proteínas en un 15%, se metaboliza por la vía hepática, por lo que es un agente de primera elección para el TDAH. Los efectos secundarios comúnmente observados son: disminución del apetito, nerviosismo, malestar abdominal, incremento del gasto cardíaco, somnolencia o euforia. La toxicidad accidental o intencional se manifiesta por inquietud, irritabilidad, tensión, ansiedad, lenguaje acelerado, síntomas cardiovasculares y delirium. Está contraindicado en las enfermedades cardiovasculares sintomáticas, hipertensión moderada a severa, historia de abuso de drogas, trastornos de ansiedad, tics, glaucoma e hipertiroidismo.⁴

La dosis recomendada en preescolares es de 0.3 a 1 mg/kg/día, en escolares y adolescentes la dosis oscila entre 10 y 60 mg/día y en los adultos la dosis es similar. Las dosis deben ser repartidas en dos a tres tomas y se recomienda evitar la toma por la tarde-noche para evitar problemas del dormir.¹²

Psicofármacos no estimulantes

Los psicofármacos no estimulantes incluyen antidepresivos, agonistas alfa 2 adrenérgicos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) se han utilizado poco, sin embargo estudios preliminares sugieren utilidad en el TDAH del adolescente y el adulto. Investigaciones actuales con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina y citalopram, reportan escasa utilidad. Pueden ser combinados con otros fármacos para comorbilidad específicas. La imipramina es el fármaco de segunda elección para el TDAH, a dosis flexible; para iniciar el tratamiento es necesaria una evaluación médica previa que incluya electrocardiograma y exámenes de laboratorio de rutina.¹¹

La dosis inicial puede ser 10 mg al día, con incrementos graduales hasta obtener el efecto deseado, en niños mayores de 6 años. Con adolescentes y adultos se han realizado ensayos clínicos abiertos con venlafaxina y anfebutamona en pacientes con TDAH y depresión, ambos reportan mejoría. Los fármacos agonistas alfa 2 adrenérgicos como la clonidina y guanfacina pueden mejorar el funcionamiento cognoscitivo en la corteza prefrontal; algunas investigaciones reportan respuesta positiva sobre la conducta. Los efectos adversos son múltiples y se requiere supervisión médica estrecha.¹³

La terapia combinada está indicada para la comorbilidad psiquiátrica, en algunos casos refractarios a tratamiento, pueden asociarse antidepresivos más estimulantes; en pacientes con TDAH con manifestaciones neurológicas y alteraciones del electroencefalograma está indicada la combinación de estimulante con antiepiléptico. De acuerdo con el tratamiento a seguir tomando en cuenta la edad escolar y las medidas educativas de cada etapa se determina un plan de tratamiento, en donde hablaremos a continuación.⁵

En el preescolar

El tratamiento farmacológico debe ser iniciado solo en el caso de que las intervenciones psicoeducativas y las modificaciones conductuales y ambientales no hayan proporcionado beneficios substantivos. Debe ser dirigido obligatoriamente por un especialista en psiquiatría y neurología. Los lineamientos generales para el tratamiento son: investigar las causas de trastornos del comportamiento en niños de edad preescolares entre los que hay que incluir consecuencias perinatales, alteraciones sensoriales (sordera, debilidad visual, neuropatía sensitivas etc.) trastorno generalizado del desarrollo, deficiencia de hierro, pica etc. Además de evaluar las expectativas de los padres, el estilo de vida y los hábitos de disciplina en casa por parte de los familiares iniciar siempre medidas psicoeducativas para mejorar las habilidades de crianza proporcionadas por especialistas. Los fármacos con los que se tiene mayor experiencia clínica incluyen: el metilfenidato como primera línea de tratamiento, las anfetaminas y como segunda línea la atomoxetina y la

imipramina. Los alfa adrenérgicos pueden utilizarse para los síntomas del TDAH como para insomnio (cloridina); otras opciones de tratamiento deben individualizarse, en especial en casos con fármacos resistencia, enfermedades medicas e idiosincrasias .^{4,5}

En escolares

La primera línea de tratamiento farmacológico incluye: metilfenidato en sus diferentes presentaciones, acción corta, o liberación sostenida anfetaminas y atomoxetina. La elección de medicamentos queda al juicio clínico del médico. Existe evidencia científica que avala la eficacia del metilfenidato como medicamento de primera opción en caso de ineffectividad, efectos colaterales o cualquier otra situación que no permita su uso, y la atomoxetina es el medicamento recomendado para los escolares con TDAH. La atomoxetina puede ser utilizada aunque no se hayan prescrito los estimulantes previamente. Se debe verificar que la medicación haya sido administrada a dosis y tiempo adecuado, antes de decidir modificarlo, en el caso de metilfenidato el tiempo es de un mes en el caso de atomoxetina se de una semana. Las dosis recomendadas en escolares para metilfenidato son: 1mg/kg/día y para atomoxetina 1.2 a 1.5/kg/día. La opción de metilfenidato de acción corta debe evaluarse en la ingesta de tres veces al día.⁵

La segunda línea de tratamiento farmacológico son: antidepresivos tricíclicos antagonistas alfa-adrenergicos clonidina (dosis de la 3mcg/kg/días) modifinilo (dosis de 100 a 400 mg/días). Los antidepresivos tricíclicos (imipramina) dosis de 1 a 5 mg /kg /día tiene una larga historia de uso y efectividad en el TDAH con la debida vigilancia sobre posibles efectos cardiovasculares (realizar ECG previamente) otros medicamentos como los antipsicóticos atípicos (risperidona , o lanzapinas) son utilizales cuando algunos síntomas (impulsividad o agresividad) son graves o persistente, los medicamentos son eficaces segundos a cortos y largos plazo se debe adecuar a cada paciente de acuerdo a su entorno personal escolar familiar y social .⁴

El adolescente

Línea de tratamiento farmacológico. Primera línea metilfenidato dosis 1mg/kg/día (liberación inmediata y de liberación prolongada) y atomoxetina dosis de 1.5mg/kg/día. Según línea bupropion (3 a 6 mg/kg/día o si pesar más de 35kg de 150 a 300 mg /día) Venafaxna (iniciar 37.5 mg/día) e incrementar según mejoría cada 7 días hasta 150 a 300 mg/día, modafinal 200 mg/día, se puede elevar hasta 500 mg/día, y antidepresivos ticlicos de 20 a 40 mg/día, reboxetina, antipsicóticos y agonista alfa adrenérgicos cloridina (dosis 3 a 6 mcg /kg/día), se pueden elevar a 4 a 5 mg/kg día. ⁴

1.7.2. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

La psico-educación y la disciplina, así como los apoyos educativos en el salón de clase y/o fuera de él, son instrumentos fundamentales para lograr un tratamiento exitoso, además de atender las necesidades especiales de cada paciente. El entrenamiento a los padres debe incluir técnicas asertivas en relación al manejo de los niños como establecimiento de límites, horarios reforzamientos positivos, motivación, manejo de contingencias, ayuda al menos a desarrollar habilidades sociales, terapia cognitivo conductual y psicoterapia, etc, se debe facilitar la atención y apoyo familiar a quien lo

requiera, o en aquellos casos en los que se detectan problemas en el funcionamiento familia .Se debe recomendar lo importante que es la participación de los educadores en el seguimiento de aprendizajes y conductas del niño o adolescentes con TDAH en la escuela es donde el trastorno se puede volver más incapacitante. Es crucial que el profesional entienda el trastorno y sea capaz de proveer un ambiente propicio que optimice el aprendizaje y que no afecta la autoestima del menor y contribuya a sus estigmatización.⁵

Las intervenciones incluyen sentarse de preferencia adelante, para poder optimizar la tención minimizando las distracciones; estatizar sobre los aspectos positivos que ayuden a reforzar hábitos de trabajo y conducta y contribuyan a la fortalecer la autoestima y el estado emocional del menor. Hacer grupos para fortalecer habilidades sociales a través de juegos, enseñándole a esperar turno. Sin embargo poco probable de la mayoría de las escuelas, especialmente que tiene grupos con grandes cantidades de alumnos. Se establecen visitas escolares por partes de trabajo social cuando existe dificultades en la escuela especialmente con algún maestro o maestra que maltrate o que no apoye al paciente con TDAH, se establecen visitas domiciliarias por parte del trabajador social cuando el ambiente familiar es muy disruptivo y/o exista sospecha de negligencia o maltrato.⁵

Suele ser necesario, solicitar apoyo a otras áreas para brindar terapia adicional según las áreas afectadas en el desarrollo de cada paciente:

- ✓ **Lengua:** Si existe problema de lenguaje
- ✓ **Apoyo psicopedagógico:** si existe un trastorno de aprendizaje
- ✓ **Psicomotricidad:** si existe problemas en la coordinación
- ✓ **Terapia física:** si existe discapacidad física
- ✓ **Terapia ocupacional:** si existe gran dificultad en la adaptación a su ambiente familiar, escolar y social.
- ✓ **Terapia conductual:** si no respeta reglas no obedece arremete, etc.
- ✓ **Terapia cognitiva-conductual:** si existe asociado a un trastorno ansioso y lo depresivo.
- ✓ **Terapia de juego:** Si existe dificultad para respetar turnos, no sabe perder, no tolera, crítica.
- ✓ **Terapia psicodinámica:** se existe problemas emocionales duelos no resultados baja autoestima etc.⁵

1.8. PRONÓSTICO

El pronóstico depende de varios factores y será negativo si existe:

- Mayor severidad del TDAH
- Tiempo de evolución del TDAH sin tratamiento
- Presencia de comorbilidad
- Mala dinámica familiar
- Adversidad psicosocial
- Falta de apoyo por parte de la familia

El trastorno suele persistir a lo largo de la vida, por lo cual el pronóstico es reservado ya que se necesita de un seguimiento a lo largo de su desarrollo de la enfermedad, por lo que un tratamiento adecuado y oportuno puede dar un pronóstico positivo.⁴

CAPÍTULO 2.

DESARROLLO DEL NIÑO

2.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

Para el cirujano dentista es de fundamental importancia el conocimiento del desarrollo del niño a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Los estudios del desarrollo del niño, va cambiando desde la concepción hasta la adolescencia, así como las características que permanecen relativamente estables, definiéndose dos tipos de cambios: los cualitativos (en número y cantidad como el peso, estatura, vocabulario) y los cuantitativos (tipo estructura y organización). Estos cambios y estabilidad ocurren en diversos aspectos, para su estudio se separan en el: desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial, dándole un sentido multidimensional, que significa que el desarrollo es un proceso unificado.¹³

El crecimiento considerado como proceso evolutivo, es el conjunto de los procesos formativos de las estructuras y de las funciones biológicas del organismo. El principio científico del estudio del desarrollo infantil, fue el establecimiento de cambios en edades específicas, en el desarrollo normal de habilidades motoras y en el desenvolvimiento anormal de dichas habilidades.

El desarrollo o maduración es la adquisición de funciones. Implica un desenvolvimiento secuencial, el cual quizá involucre cambios en tamaño, forma función, número, textura, estructura o habilidad. Como ya se ha dicho los fenómenos están íntimamente ligados, en el caso del crecimiento se trata de cambios cuantitativos y en el caso del desarrollo de cambios cualitativos. El desarrollo infantil no es sinónimo de psicología infantil. La psicología infantil, comprende el estadio de la personalidad del niño, incluyendo conductas patológicas y una rama de la psicología experimental en la cual el niño es el material usado para estudiar las leyes de la conducta. Por lo que se refiere a desarrollo infantil, este involucra el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde la concepción hasta la adolescencia.¹⁴

El crecimiento físico se puede dividir en varias etapas bien conocidas:

Periodo prenatal: De 8 a 280 días, con sus 2 grandes subdivisiones:

- **Periodo embrionario:** La 9ª semana
- **Periodo fetal:** La 27ª semana
- **Periodo Post-natal:** Con las siguientes etapas:
- **Lactante menor:** Hasta 1 años
- **Lactante mayor:** De 1 a 3 años
- **Preescolar:** De 3 a 6 años
- **Escolar:** De 6 a 12 años
- **Adolescentes:** De 12 a 18 años.

Hay factores que determinan en crecimiento y pueden ser de dos tipos:

- **Constituciones:** Factores genéticos
- **Ambientales:** Presencia o ausencia de enfermedad, factores socioeconómicos de la población, como también su nutrición.

Una marca clásica en el desarrollo y sus rangos normales, desde la infancia hasta la adolescencia. El rango normal describe el periodo de tiempo en el cual una determinada habilidad aparece en un niño normal.¹⁵

2.2. PRINCIPIOS GENERALES DEL DESARROLLO.

El desarrollo comienza con la concepción y procede mediante ordenada sucesión, etapa por etapa, representando cada una de ellas un grado o nivel de madurez; no podemos medir el desarrollo como toda precisión porque no existe una edad de crecimiento. No se puede cuantificar el desarrollo, pero si se pueden especificar nivel y grado de desarrollo en términos de seriación de madurez, es importante señalar que cada niño tiene su ritmo de crecimiento propio, así como su magnitud de desarrollo.

El crecimiento y desarrollo infantil involucra la deducción de los principios generales basados en hechos del desarrollo normal (tabla 2), un principio básico puede ser a partir de la edad promedio en la que niño adquiere una habilidad particular y el rango normal de edades en que la habilidad es adquirida (considera rango normal cuando más del 80% de los niños adquieren habilidad). Se puede observar que entre más temprana es la habilidad, el rango normal es más estrecho: por lo tanto es visto en este principio general que entre mayor es la edad, mayores son los rangos de normalidad.¹⁶

PRUEBAS DE DESARROLLO	EDAD PROMEDIO	RANGO NORMAL
Enfocar la mirada	2 semanas	1-4 semanas
Rodar sobre el estomago	3 semanas	1-10 semanas
Doblar el peso del nacimiento	6 meses	5-7 meses
Rodar de la espalda al estomago	7 meses	5 ½ - 11 meses
Sentarse solo	7 meses	6 -11 meses
Pararse con ayuda	10 meses	7 ½- 11 meses
Pararse solo	13 ½ meses	9 -18 meses
Caminar solo	14 meses	10-20 mes
Control del intestino	18 meses	1-2-1/2 años
Primera menstruación	12 años 9 meses	10-17 años

Tabla 2. Marca clásica en el desarrollo y sus rangos normales.

Los principios generales del desarrollo infantil son de dos tipos: el primero involucra patrones fisiológicos de crecimiento y el segundo tipo describe las personalidades infantiles como una función de la edad. Los principios representativos del crecimiento físico, fueron las generalizaciones del desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal. En principio céfalo-caudal, establecía que el crecimiento fisiológico y la diferenciación funcional empezaba en la cabeza y progresaba hasta la porción más caudal del individuo. En el segundo tipo, los principios de descripciones de la personalidad y de la práctica de acumular normas de edad para el desarrollo fisiológico, los observadores clínicos notaron que los niños de edades específicas no solo mostraban adquisición de ciertas habilidades motoras, si no también ciertas características personales.¹⁷

El desarrollista infantil Arnold Gesell, realizó observaciones sistemáticas de niños para determinar las características épicas de personalidad en determinadas edades cronológicas. Las observaciones sistemáticas hicieron posibles el conocimiento descriptivo del niño, por lo que el desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma en que se comporta, teniendo en cuenta que el comportamiento o conducta son términos que se aplican a todas sus reacciones; sean reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas. Así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona y a menudo, como el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, la conducta se diferencia y cambia. Por lo que Gesell dice que para un diagnóstico evolutivo adecuado se requiere el examen de cuatro campos de conducta representativa de los diferentes aspectos de crecimiento, estos aspectos los estudia bajo cuatro rubros:

Conducta motriz: Es debida a numerosas implicaciones neurológicas la capacidad motriz del niño constituye el punto de partida en la estimación de su madurez, aquí se consideran grandes movimientos corporales como las más finas coordinaciones motrices: reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, de así manejarlo.

Conducta adaptativa: Nos permite el diagnóstico de las adaptaciones sensoriales-motrices ante objetos y situaciones.

Conducta de lenguaje: Adquiere también formas características que dan la clave de la organización del sentido más amplio de la comunicación visible y audible, sean gestos, movimiento posturas, llanto, vocalización, palabras, frases, oraciones; además imitaciones y comprensión de lo que expresan otras personas.

Conducta personal-social: Comprende las reacciones personales del niño ante la conducta social del medio en el cual vive, estas reacciones son tan múltiples y variadas, que parecerán caer fuera del alcance del diagnóstico evolutivo, pero el moldeamiento de la conducta está determinando fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento.¹⁸

A grandes rasgos, las pautas de desarrollo de la conducta según Gesell son las siguientes:

- **Recién nacido:** 0 a 30 días. Se estimula al niño por medios táctiles y auditivos
- **Lactante menor:** 30 días a 12 meses.
- **Lactante mayor:** 12 a 36 meses. Va afinando las fibras receptoras, recibe estímulos, todo lo capta. Al tercer mes la primera respuesta social. Siempre que el adulto se acerque a él y le sonría, el niño sonreirá. El niño adquiere el control de sus doce músculos oculo-motrices. Desde el punto de vista motor, a los 3 meses recarga su cuerpo sobre el pecho; de los 3 a los 4 meses, busca la línea media, empieza a ser más fuerte, recarga su cuerpo en el vientre, logra el gobierno de los músculos que sostiene la cabeza y mueve los brazos; es capaz de levantar su propio cuerpo y soportar el peso de su cabeza. Hace esfuerzos por alcanzar los objetos. En la cabeza encontramos otro signo evolutivo, forma un ángulo recto con la espalda, el niño empieza a rodar apoyándose en los brazos.

- **5 meses.** Permanece sentado ayudado con cojines los cuales desaparecen a los 6 o 7 meses.
- **7 a 8 meses.** Consigue el dominio del tronco y las manos se sienten agarrada Trasmite y manipular objetos
- **10 a 12 meses.** Extiende su dominio a piernas y pies, camina con ayuda, soporta el peso de su cuerpo. Hurga con el pulgar e índice.¹⁸
- **Hasta 1 año**

Conducta motriz: Voltea, se sienta, gatea, se para, camina con apoyo, presión fina, es capaz de rodar y soltar una pelota.

Conducta adaptativa: Aprecia forma redonda, es capaz de colocar un cubo en un recipiente, de colocar un objeto sobre otro, de meter una bolita en un frasco y entiende órdenes como dame y toma.

Lenguaje: vocalizan sonidos guturales, escucha, repite, llama la atención con chillidos o tos, es capaz de decir 4 palabras.

Conducta personal-social: es el centro de la familia repite lo que se le festeja, tiene su propia identidad, es capaz de sentir medio, cólera, afecto, celos, ansiedad, apatía, le gusta la música tiene sentido del humor, empieza a alimentarse el solo ayudado con los dedos, percibe emociones de los demás.¹⁹

- **18 meses**

Conducta motriz: Se para sin ayuda, camina solo, es capaz de trepar una silla, sube escaleras con ayuda, baja los escalones sentado, pone un cubo sobre otro, hace torre con tres objetos, arroja una pelota, pasar hojas de un libro (2-3), sentarse por sí mismo en una silla

Conducta adaptativa: Identificación tres dibujos, reconocer ojos, nariz y bocas: tiene intereses como mucho, más pierde uno por uno, dice gracias y adiós.

Lenguaje: Comunicación más frecuente, dice 10 palabras, palabras con ademanes o en lugar de estos, responde ordenes simples, reconoce figuras que es capaz de nombrar

Conducta personal-social: Posesión personal, aplica correctamente mí, tú, yo; juego espontáneo, independiente en el juego, hace mandados en casa, control de esfínteres incipiente, egocéntrico.

- **2 años**

Conducta motriz: Corre sin caerse, sube y baja escaleras solo, pateo pelotas grandes, hace torres de 6 a 7 cubos, vuelve hojas de libros una por una.

Conducta adaptativa: Alinea trenes, imita trazos y círculos, hace oraciones (dame leche), coloca las pinzas adecuadas en un tablero de formas, introduce el cubo en la caja de pruebas.

Lenguaje: Oraciones de tres palabras, nombra tres o más figuras, reconoce 5 o más figuras, utiliza juicio negativo (no), realiza cuatro instrucciones con la pelota.

Conducta personal-social: Adquiere control de vejiga y recto, control de esfínteres nocturnos si se le levanta, verbaliza la necesidad de ir al baño, se quita ropa simple, se refiere a sí mismo por su nombre, le gustan los juegos domésticos, adquiere un rudimentario sentido de identidad personal y de posesión.¹⁹

Etapa pre-escolar: 3 a 5 años 11 meses**• 3 años**

Conducta motriz: Alterna los pies al subir la escalera, salta del último escalón, anda en triciclo, equilibrio en un pie, es capaz de meter 10 bolitas en un frasco en 30 segundos.

Conducta adaptativa: Construyen torre con 9 cubos, nombra su dibujo, copia círculo, imita cruz, dibuja un hombre incompleto, repite 3 dígitos.

Lenguaje: Dice la acción en un libro, empela el plural, aprende a escuchar, dice sus sexo, contesta preguntas de comprensión, obedece dos mandatos proporcionales.

Conducta personal-social: Se alimenta solo derramando un poco, se sirve de una jarra, se pone los zapatos, respeta turno, sabe algún verso, desabrocha botones.¹⁹

• 4 años

Conducta motriz: Baja escaleras alternando los pies, mete en un frasco 10 bolitas en 25 segundos.

Lenguaje: Nombra colores, formula innumerables preguntas, percibe analogía, obedece 4 pre-pociones.

Conducta personal-social: Se lava y seca la cara, se cepilla los dientes, se viste y desviste con vigilancia, distingue parte anterior y posterior de la ropa, es muy hablantín, temores irracionales, tiende a fantasear, construye edificios con cubos, combina independencia, tiene a fantasear, construye edificios con cubos, combina independencia-sociabilidad, es prácticamente independiente en la rutina de la vida hogareña.²⁰

• 5 años: Culminación de la etapa preescolar

Conducta motriz: Brinca alternando los pies, se para en un pie por 8 segundos, equilibrio en una barra de 6 cm, introduce 10 bolitas en un frasco en 20 segundos.

Conducta adaptativa: Hace 2 escalones con cubos, dibujó un hombre completo copia triángulos y rectángulo, cuenta 10 objetos correctamente.

Lenguaje: Diferencia y nombra 3 monedas, hace comentarios descriptivos al observar figuras, responde a preguntas de comprensión, habla sin articulación infantil, puede narrar un cuento largo.

Conducta personal-social: se adapta fácilmente y es muy estable, se viste y desviste solo, pregunta el significado de varias palabras, se disfraza, empieza a dibujar letras, prefiere jugar con compañeros, manifiesta satisfacción por sus atavió, independencia y capacidad de bastarse a sí mismo, brinda protección a menores, se muestra seguro y conformista de su pequeño mundo.²¹

• 6 años

Conducta motriz: Salta 30 cm sobre las puntas de los pies lanza pelota, domina su cuerpo con los ojos cerrados.

Conducta adaptativa: Hace tres escalones con cubos, dibuja un hombre con cuello, manos y ropa: repite 4 dígitos completos, cuenta los dedos de una mano y el total de las dos, es capaz de restar y sumar hasta cinco.

Lenguaje: Dominio de la comunicaron por medio del lenguaje hablado.

Conducta personal-social: Ata cordones, recita hasta 30 números cambios de carácter como agitación, arranques de gritos, resistencia incapacidad para adular su conducta.²⁰

• 7 años. Buen oyente, consolidación interna, respeto a sus propios sentimientos. Está en procesos de crecimientos, actividad metal privada, es más social, dócil en algunas

ocasiones; empieza a desarrollar un sentido ético, presenta mayor inclinación por conocer gente.

- **8 años.** Es personal en sus reacciones (niños adultos), tendencia a valorar todo lo que sucede, agota pronto su energía, presenta modales sociales, tiene un universo más uniforme, se lleva bien fácilmente, cuenta con el apoyo de la gente, expansivita, saca conclusiones de contexto y su consecuencia.
- **9 años.** Transformación psicológica que apunta a su crecimiento, automotivación, capacidad de aplicar su mente a las cosas, presente un aire preocupado, trabaja en sus actividades 2 o 3 horas, depende menos del apoyo ambiental, lleva a cabo tareas complicadas, tiene poder de autovaloración, es despreocupado en su arreglo, presenta una revaloración sexual y desarrollo de equidad.
- **10 años. Finalidad de la infancia.**
 - Diferencia sexuales establecida.
 - Relaciones interpersonales, problemas familiares.
 - El hombre se encuentra despreocupado aunque alerta, susceptible a la información social, dueño de sí mismo, consolida sus habilidades manuales, forma pandillas o clubs, es muy aficionado a contar chistes y secretos.
- **11 años.**
 - Características sexuales secundarias.
 - Adiposidad pre-pubescente (caderas, etc.).
 - Interés por la sexualidad; menstruación, reproducción, copula, mayor interés en el sexo opuesto.
 - Calor, náuseas, dolor de cabeza, comerse las uñas, (características hipocondriacas).
 - Irrupción en el medio: ruidoso, espontaneidad, amistoso, alegre.
 - Formas de afirmación de su personalidad.
 - Inquieto.
 - Investigador discutido.
 - Inestabilidad emocional.
 - Estado de ánimo variables.
 - Bien portado fuera de casa.
- **12 años. Plenitud de la pubertad.**
 - Características sexuales secundarias.
 - Chistes sexuales.
 - Avidéz por información sexual.
 - Erección, masturbación.
 - Salud notable (ocasionales dolores de cabeza).
 - Amistoso.
 - Expansivo.
 - Dispuesto a colaborar.
 - Entusiasta.
 - Más razonable.
 - Más compañero.
 - Gran adelanto en pensamientos conceptual.
 - Razonamiento tolerancia.

- Buen humor interés.²²

2.3 TEORÍAS DEL DESARROLLO INFANTIL

Para la atención de niños el Cirujano Dentista debe de tener el conocimiento del desarrollo del infante a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Por lo que existen varias teorías del desarrollo infantil, no obstante ninguna ha recibido suficiente aceptación universal. Debido a lo cual los investigadores consideran el desarrollo desde 5 perspectivas teóricas:

- **Psicoanalítica:** se enfoca en emociones e impulsos inconscientes
- **Del aprendizaje:** que estudia la conducta observable
- **Cognoscitiva:** que analiza los procesos del pensamiento
- **Evolutiva o sociobiológica:** considera los sustentos evolutivos y biológicos de la conducta
- **Contextual:** enfatiza el impacto del contexto histórico, social y cultural.²³

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 los factores biológicos de maduración y en las experiencias tempranas; no considera la influencia de la sociedad y la cultura, aspectos que si fueron considerados por sus seguidores como Erikson y Baker.

Teorías

- **Psicoanalítica:** Basada en los estudios de Freud 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 innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Según Freud, estos conflictos se presentan en etapas invariables del desarrollo psicosexual
- **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.
- **Relacional:** En esta teoría Baker dice 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, sino los de una persona que interactúa con otras.²⁴

Perspectiva del aprendizaje

Sostiene que el desarrollo resulta del aprendizaje, como un cambio duradero en la conducta, basada en la experiencia o la adaptación del ambiente. Se interesa más en el comportamiento observable que en las fuerzas inconscientes. Estudia el comportamiento desde una perspectiva objetiva y científica. Sostiene que el desarrollo es cuantitativo y continuo, y por lo tanto, se pueden predecir conductas posteriores a partir de comportamientos previos.²²

Teorías

- **Conductismos:** Se centra en comportamientos observables y medibles, que por consiguientes pueden registrarse. Admite que el ambiente influye mucho en el comportamiento y sostiene que los seres humanos aprenden 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.
- **Condicionamiento clásico:** Desarrollado por Iván Pavlov fisiólogo ruso, sostiene que el aprendizaje está basado en las asociaciones 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.
- **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 se emiten espontáneamente y sus consecuencias determinan el aprendizaje; así las consecuencias agradables tienden a fortalecer una conducta, en cambio las consecuencias desagradables tienden a debilitar una conducta. Estos principios fueron desarrollados por B.F:Skinner, quien recibió la influencia de las investigaciones del Pavlov y de Edward L: Thorndike. El aprendizaje está basado en el uso de refuerzos castigos. Más adelante se detallara su uso en la guía de conducta en el paciente odontopediátrico.
- **Del aprendizaje social:** Sostiene que el niño aprende los comportamientos sociales por observación 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. Las personas aprenden en un contexto social, y el aprendizaje humano es más complejo que un simple condicionamiento. También reconoce la influencia cognoscitiva sobre el comportamiento y sostiene que el aprendizaje que se logra a través de la observación es más importante que el refuerzo directo o el castigo. Según esta teoría, la identificación de los niños con los padres es el elemento que más influyen en la manera como adquiere el lenguaje, enfrentan la agresión, desarrollan un sentido moral y aprenden los comportamientos que la sociedad considera apropiados para cada género. 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 unen para formar nuevos patrones complejos de conducta. Los niños empiezan a desarrollar el sentido de autoeficacia o confianza que cuentan con todas las características que necesitan para tener éxito.²²

Perspectiva cognoscitiva

Desarrollado por Jean Piaget a través del estudio de sus propios hijos y de los ajenos. Su teoría estaba asentada en la forma en la que los niños llegan a conclusiones, buscando la lógica en las respuestas dadas a las preguntas formuladas.

Para Piaget, la inteligencia tiene dos atributos:

- **Organización:** Está formada por las etapas de conocimientos que conducen a conductas diferentes en situaciones específicas.
- **Adaptación:** Adquirida por la asimilación mediante la cual adquieren nueva información y también por la acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información.

El desarrollo individual está dividido en cuatro etapas:

- **Etapasensomotora (0-2 años):** La conducta del niño es esencialmente motor, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.
- **Etapapre-operacional (2-7 años):** Es la etapa del pensamiento y del lenguaje que trata del pensamiento y del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujo, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.
- **Etapade las operaciones concretas (7-11 años):** Los procesos de razonamiento se vuelven lógico pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos y de seriación, adquiere capacidades de ordenamiento mental de conjuntos y clasifica los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad
- **Etapalógico formal (12-16 años):** En esta etapa la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad; hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.²⁵

Perspectiva evolutiva o sociobiológica

Se enfoca en las bases biológicas y evolutivas de la conducta: influyendo 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 mejorara en términos adaptativos con respecto a las anteriores, y este proceso es la causa de la evolución de las especies. Al igual que las anteriores presenta varias teorías:

Teoría contextual: El desarrollo solo puede entenderse en su entorno social. Se considera que el individuo no es un ente separado que interactúa con el ambiente, sino que es una parte inseparable de él.

Teorías

- **Sociobioecología:** (Urie Bronfenbrenner) El desarrollo ocurre a través de procesos de crecimiento complejidad de interacción bidireccional activa regular entre un niño en desarrollo y su ambiente cotidiano inmediato.
- **Sociocultura:** (Lev Vygotsky), Aprendizaje social dentro de contextos culturales particulares. Mostro que una confluencia de desarrollos crea cambios cualitativos en las estructuras cognoscitivas (pensamiento) de los niños, especialmente en

situaciones nuevas que requieren acomodación y solución de problemas. El aprendizaje sería una condición previa al proceso del desarrollo, el foco de la estrategia de enseñanza esta en hacer pensar al estudiante.²⁴

2.4. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, esta etapa en el niño no tiene capacidad para entender y razonar; son totalmente dependientes de otros para satisfacer sus necesidades; desde el principio manifiestan temperamentos diferentes. En este periodo se desarrolla un sentido básico de la confianza con sus cuidadores, conocido como apego, (que en la mayoría de los casos en la madre quien lo alimenta, cambia de pañales y mima). La teoría sobre el apego, formulada inicialmente por el psiquiatra británico Bowlby y la psicóloga Ainsworth intenta explicar los efectos de los vínculos tempranos de protección en el desarrollo psicológico del neonato y el infante, así como las consecuencias de no contar con ellos. Los padres apegarse mutuamente, lo cual promueve la supervivencia del bebe, Ainsworth ha estudiado por muchos años los patrones de apego de los bebes ante situaciones extrañas, describiendo tres tipos:

- **Apego seguro:** los infantes exhibían una respuesta de estrés ante la ausencia materna, aunque se mostraban calmos y les aliviaban el regreso de la madre. En estas observaciones se advierte la utilización de comportamientos exploratorios. Este estilo es favorecedor del reconocimiento de la angustia y, por lo tanto, de la búsqueda de apoyo.
- **Apego inseguro-resistente o ansioso-ambivalente:** los niños que respondían a esta descripción aparecían ansioso y ambivalentes, llorando y gritando ante la vuelta de la madre; cuando ellas intentaban calmarlos, continuaban enfadados. Este estilo involucra la aparición de cierta hipersensibilidad hacia las emociones negativas.
- **Apego inseguro-evitativo:** los infantes pertenecientes a este patrón parecían no molestarse ante la ausencia de la madre, comportándose fríamente en ocasión de su regreso; estos individuos no buscaban el abrazo ni el confort materno, evidenciando una prematura auto-confianza, así como también respuestas defensivas. Este estilo de apego no favorece el reconocimiento del malestar.
- **Apego desorganizado-desorientado:** fue incorporado posteriormente por Main y Solomon, en 1986 .En esta categoría el niño después de haber sido separado del cuidador primario manifiesta conductas contradictorias a su regreso; este podría ser el patrón menos seguro.²⁶

Cerca de concluir el primer año de edad aumentan sus capacidades psicomotoras consiguiendo levantarse solo, caminar, y jugar con diferentes objetivos. Las reacciones negativas son de corta duración pero intensa. Cambian inmediatamente, no les gusta que los sujeten.

Al cumplir los 2 años desean hacer las cosas sin ayuda, prefieren el juego solitario y a menudo no comparten las cosas. La enseñanza en el uso del baño es un paso importante hacia su independencia; Por lo general se encuentran muy apegados a los padres y le temen a los extraños, a los sonidos fuertes, los movimientos repentinos y a las caídas.

Gustan de observar y tocar las cosas, al término de esta etapa el niño ya se comunica verbalmente y utiliza un número de palabras suficientes para hacerse entender y formar pequeñas frases. Para el tratamiento odontológico en la primera etapa la comunicación resulta difícil y se recomienda tareas muy cortas y rápidas. Hacia el final de la etapa el niño ya puede recibir órdenes sencillas y colaborar en pequeños pasos, requiere comprensión y paciencia.

De 3 a 6 años.

Esta es una etapa muy importante porque se inicia el desarrollo del auto-concepto y autoestima. El niño va descubriendo las diferentes emociones y debe discernir entre las positivas y negativas, cuestionándose la convivencia de más de una emoción a la vez, son excelentes conversadores y gustan de escuchar y contar historias. Si bien todavía permanecen apegados a los padres están en un proceso de experimentar individualmente; les gusta agrandar y reaccionan positivamente a comentarios sobre su ropa o actividades. Socializan con el apoyo de sus padres pueden desenvolverse cuando están en contacto con personas extrañas. Empieza la escolaridad, lo que facilita la ampliación del vocabulario y desarrollan su memoria con base a las palabras que aprenden. Su estado de ánimo es más duradero. Su imaginación está muy desarrollada, presentan temores específicos, como al payaso, coco y otros.

La expresión de sus emociones puede ser exagerada con pataletas, llantos, pérdida del control, y progresivamente se pueden encausar. Hacia el final de esta etapa están ávidos de conocimiento, y es conocida como la etapa del cómo y él porque. El tratamiento odontológico, pueden separarse de sus padres, pero también pudieran exhibir una reacción exagerada al dolor o a la molestia durante los procedimientos; por otro lado su curiosidad puede hacer que sus preguntas pudieran servir para retrasar la terapéutica. Necesitan firmeza en el trato, pero siempre con el uso de refuerzos principalmente afectivos.

De 6 a 12 años.

Se intensifican las actividades escolares; en la escuela hay exigencias competitivas con restricción o confinamiento de actividades. El desarrollo cognitivo es muy marcado. El egocentrismo disminuye considerablemente. Se convierte en parte de un grupo específico de amigos, y buscan su identidad y aceptación. Tienen temor al ridículo, a los fracasos y al daño corporal. Desarrollan sensaciones de ansiedad y preocupación. Ante la ira predomina un ataque verbal, sin embargo tiene mayor capacidad de autocontrol. Conforme van creciendo dejan de gustar de las formas evidentes de cariño. Su pensamiento se va haciendo concreto, útil y se relaciona con eventos cotidianos. Pueden elaborar colecciones para ayudar a comprender como se encuentra organizado el mundo, las historias de animales pueden cumplir la misma función. Disfrutan cuando relatan a los adultos lo que aprenden y lo que llevan a cabo. Para el tratamiento odontológico el profesional debe adecuar sus actividades y lenguaje del desarrollo cognitivo del niño, quien puede mostrar mucho temor a sufrir daños físicos, pero es capaz de entender explicaciones y a medida que se acerca al final de esta etapa se le puede involucrar en el cuidado de su salud bucal y desarrollo de buenos hábitos.

Adolescentes.

Esta es una etapa particular en el desarrollo de la personalidad: el adolescente es de pensamientos más introspectivos y analíticos. Es una etapa crítica ya que se producen una serie de transformaciones en donde los hacen tener sentimientos ambivalentes; en algunos casos son egocéntricos y la relación con los padres disminuye y buscan su independencia. Su conducta es impredecible. En el plano cognoscitivo son capaces de tener un pensamiento formal muy elaborado, al respetarlos como individuos completos, conoedores y comprensivos, es posible evitar el resentimiento y el comportamiento no cooperador del muchos adolescentes.²⁶

CAPITULO 3

MANEJO ODONTOLÓGICO.

3.1. MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA CONDUCTA EN NIÑOS

El desarrollo psicológico del niño y sus antecedentes básicos son de vital importancia para la evaluación de la conducta del niño. La interpretación exacta de las conductas evidenciadas por el paciente aseguran el éxito en el manejo del niño y permiten adecuar las técnicas para cada paciente en particular durante su experiencia odontológica y reforzar modos de comportamiento que faciliten su adaptación al tratamiento y mejorar sus motivaciones y habilidades para el autocuidado, así como su actitud frente a la salud bucal.

El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares. Es importante comprender que a pesar de la existencia de leyes básicas de crecimiento y desarrollo, que explican las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias individuales notables, producto de los diferentes resultados de la interacción de cada individuo con su entorno externo, interno y social. Aun así, el dentista debería estar capacitado para medir la habilidad de su paciente para manejar situaciones nuevas y su disposición para adaptarse y cooperar a las diversas actividades que representan el tratamiento.

3.2. CONDUCTA Y PERSONALIDAD EN EL NIÑO

La personalidad es la característica o el patrón estructurado de la conducta, y el patrón particular de la conducta sugiere a qué tipo de personalidad puede pretender. Existen diferentes tipos de personalidad, básicas e importantes que el clínico debe saber reconocer. Es esta clase de conocimientos la que contribuye a facilitar la decisión de elegir las técnicas de manejo y tiene mayor posibilidad de obtener éxito en cada paciente. Las primeras descripciones, están basadas en su mayor parte en observaciones clínicas y opiniones personales. En conjunto ambas podrían ser altamente informativas. Sin embargo, como resultado de los puntos de vista y diseños experimentales diferentes, la información algunas veces puede ser confusa o contradictoria la corriente que específicamente describió la conducta infantil en el consultorio dental, se centró alrededor de tres áreas principales.

Esas incluyen:

1. Clasificación de la conducta, que ubica las respuestas del paciente en relación como otro.
2. Descripción de varias formas de comportamiento en los que había marcado un patrón negativo de conducta.
3. Elaboración de factores que afectan la conducta en el ambiente dental.

Sin ser psicólogo, ni psiquiatra, el odontólogo puede clasificar a un paciente o identificar algunas características de su comportamiento. Sin embargo es preciso que su interés por el paciente no se limite únicamente su campo profesional. El Cirujano Dentista debe observar al paciente en su totalidad examinando sus acciones, comportamientos, lo dice y como lo hace, su modo de vestir, aspecto personal, etc.²⁷

3.3. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA INFANTIL

El conocimiento de estos sistemas pueden ser una ventaja para el Cirujano Dentista en dos formas: puede asistirlo en la evaluación de la validez de una investigación común y puede proporcionar medidas sistemáticas para el registro de la conducta del paciente. De modo que el progreso del comportamiento de un niño durante una serie de citas o después de varios años, puede ayudar en el manejo de la conducta. Proporcionada una base de planeación para realizar esto se puede reservar una columna separada en el expediente del paciente para el registro de la conducta. Esto facilita el conocer de la evolución del niño en un vistazo.

Unos de los mejores sistemas de clasificación de conducta fueron introducidos por Frankl. La escala divide la conducta en cuatro categorías, variando del definitivamente positivo al definitivamente negativo, empleado para la evaluación de la conducta. Su popularidad como instrumento de investigación se ha originado de tres rasgos característicos: Primero, es funcional; esto se ha demostrado a través del uso repetido. Segundo, es cuantificable. Finalmente es confiable. Por lo cual el Cirujano Dentista debe estar capacitado para categorizar objetivamente la conducta del niño en la experiencia odontológica y clasificar de acuerdo a ésta.

Escala de Frankl.

Es la escala más aplicada sobre el manejo del comportamiento en el consultorio dental ya que es sencilla, práctica, y fácil. Tiene cuatro categorías:

- **Categoría I:** Definitivamente Negativo. Se rehúsa al tratamiento, llorando, forcejeando, miedoso o alguna otra clase evidencia de extremo negativismo.
- **Categoría II:** Negativo. Renuentes aceptar el tratamiento, incooperativo, hosco, alguna evidencia de actitudes negativa, pero no pronunciada.
- **Categoría III** cooperar con el dentista, en ocasiones con reserva pero, sigue las instrucciones de este, cooperativo.
- **Categoría IV:** Definitivamente positiva. Buena armonía con el dentista, interesado en los procedimientos, risueños y disfrutan de la situación.

La escala de Frankl se ejemplifica de la siguiente manera, una conducta positiva cooperativa, se identifica con una cruz (X) y dos cruces (XX) en caso de una conducta definitivamente cooperadora. Contrariamente el comportamiento no cooperativo se puede anotar (-) o (--) dependiendo de la conducta del niño en el consultorio dental. Una desventaja de este método es que escala no comunica suficiente información clínica de niños no cooperativos. Si un niño es juzgado (-) la escala no puede identificar el tipo de conducta negativa. Las técnicas de manejo también pueden ser registrada, las siglas DMH puede presentar la técnicas decir mostrar hacer INY (-), puede indicar que la conducta fue negativa en el momento de la inyección. El desarrollo del hábito de sistematización el registro de la conducta infantil es el expediente, necesita de un esfuerzo mínimo. Si el comportamiento de un niño es un factor integral en el planeamiento del tratamiento, anotar sus reacciones puede servir de un mayor apoyo.²⁸

Formas de conducta cooperativa

La conducta de los niños puede observarse en muchas maneras. Sus formas de jugar con una forma de conducta, así como hábitos orales. Sin embargo, cuando un dentista examina a un paciente, el casi siempre valora el tipo de conducta cooperativa ya que para realizar un buen tratamiento es la cooperación. La mayoría de los clínicos conscientemente o no, clasifican a los niños de tres formas: cooperativo, carente de cooperación o potencialmente cooperativo.

La clasificación es definible:

- **Cooperativo**
- **Carente de cooperación**
- **Conducta potencialmente cooperadora**
- **Conducta incontrolable**
- **Conducta desafiante**
- **Conducta tímida**
- **Conducta cooperativa**
- **Conducta tensa**
- **Conducta quejumbrosa**

Cooperativo

Los niños cooperativos son razonablemente calmados. Tiene mínimas aprensiones, pueden ser entusiastas. Se les pueden dar descripciones detalladas. Pueden ser informados directamente de lo que se les va a hacer. Cuando los lineamientos de conducta han sido establecidos, ellos se comportan dentro del marco, estos niños presentan un nivel razonable de cooperación que permite al dentista trabajar efectiva y eficientemente.

Carente de cooperación

Los niños muy pequeños, en que la comunicación no se puede establecer y la comprensión no se puede esperar por su edad, carecen de cooperación y esto puede significar un mayor problema. Mc Donald, ha referido que estos niños están en el grado pre-cooperativo. Los refiere como un periodo temporal en su desarrollo. Un segundo grupo de niños no cooperativos son aquellos en condiciones específicas de debilidad o incapacidad. La de sus condiciones prohíbe la cooperación, algunas veces se emplea para ellos técnicas especializadas de manejo, por ello mientras el tratamiento termina, no se pueden esperar cambios.

Conducta potencialmente cooperativa.

Llama nomenclatura aplicada al niño potencialmente cooperativo es, conducta problema. El niño puede ser sano o incapacitado. Sin embargo, difiere de un niño carente de cooperación, puesto que tiene la capacidad de comportarse cooperativamente. Cuando se clasifican como potencialmente cooperativamente, este juicio implica que la conducta del

niño ser modificada; esto es que el niño se puede volver cooperativo. El paciente potencialmente cooperativo, es un paciente de entre 3 a 6 años, en su primera visita.

Conducta incontrolable

En la conducta incontrolable muchas veces la reacción en forma de rabieta, puede empezar en el área de recepción, o puede ocurrir cuando el niño entra al vestíbulo. Brauer, ha clasificado a esta conducta como “incontrolable”, que está caracterizada por lágrimas, llanto a gritos, pataleo, etc. El niño entra en un estado de angustia o miedo. Este estado causa que el niño regrese a una etapa infantil condicional, este tipo de conducta se observa solo ocasionalmente en niños mayores y los niños en edad escolar tienden a modelar su conducta según la de sus padres o hermanos mayores. El dentista se puede enfrentar a retos cuando se presenta una conducta incontrolable. Por este motivo es recomendable que el niño incontrolable debe ser alejado del área de recepción tan pronto como sea posible ya que el efecto de su conducta puede ser adverso para los otros niños en la misma área. La mayoría de los niños que pueden comprender la situación pueden controlar su conducta. Así el niño incontrolable se convierte en un paciente cooperador.

Conducta desafiante

Se puede presentar en niños de todas las edades, es más típico en niños en edad escolar. En cierto grado la conducta desafiante puede ser controlada y se distingue por los gritos de “yo no quiero”. Los niños que reaccionan de esta manera a menudo se comportan similarmente en su hogar, por esa razón se han calificado como “obstinados” o “consentidos”. Una actitud firme por parte del dentista a menudo cambia la conducta dramática. El niño muestra un poco de cooperación con las técnicas adecuadas.

El desafío puede manifestarse de otra manera también conocida como resistencia pasiva. La imagen de este niño es del que solamente se “hunda” en el sillón dental, el no responder verbalmente. Cuando el dentista intenta proceder resulta una falla por falta de comunicación; cuando se efectúa un examen intraoral, el paciente puede rehuir a la situación apretando los dientes. La táctica de resistencia pasiva, se encuentra más a menudo en niños llegando a la adolescencia, estos niños tienen la libertad de expresar sus gustos y disgustos en casa. Cuando ellos han sido traídos al consultorio sin su consentimiento han sido forzados a pasar por una situación que ha violado su libertad. Cuando son tratados como niños, su propia imagen se ve afectada y se revelan. Las situaciones de resistencia pasiva pueden ser problemas de conducta difícil, se debe intentar entenderlos, si ellos expresan un disgusto por la odontología, acepta que no es del todo agradable. Una vez conversando, un enfoque maduro al problema del miedo dental se puede discutir.

Conducta tímida

La timidez es una forma moderada de negativismo. Sin embargo, si estos niños son manejados incorrectamente, su conducta puede llegar a ser incontrolable. Quizá porque la timidez es una forma menos aguda de negación, es más difícil de describir. Algunos niños se pueden esconder atrás del padre. Sin embargo ellos generalmente no ofrecen gran resistencia física cuando se procede a la separación. Algunos pueden obstinarse o

titubear cuando se les dan instrucciones y otros lloriquean, pero estos niños no lloran histéricamente. Ocasionalmente ellos se llevan las manos a los ojos para llorar, pero retiene las lágrimas, pueden existir muchas razones para las reacciones de timidez. Un niño puede venir de un ambiente hogareño sobre-protector y otro puede venir de un ambiente de un área rural aislada y tener poco contacto con extraños. Otros niños pueden estar atemorizados por un medio ambiente extraño. Con respecto a la conducta tímida infantil en el consultorio dental, Mc Donald acertadamente observo, “este tipo de niños necesita ganar confianza en sí mismo y en el dentista”, por lo que debe ser cuidadosamente manejado en su primera experiencia. Es un hecho generalmente aceptado que el desempeño es pobre en personas altamente ansiosas. Ellos no siempre escuchan o comprende las instrucciones, por eso, el equipo de salud dental debe entender que los lineamientos que se le dan a menudo deben ser repetidos por su estado emocional.

Conducta cooperativa tensa

La conducta de algunos niños puede ser juzgada como límite entre positiva y negativa. Típicamente, estos niños aceptan el tratamiento tal como se les proporciona. Ellos no exhiben violencia ni mala conducta física, pero no pueden ser clasificados como tímidos sin embargo son extremadamente tensos. El término cooperativo tenso, fue acuñado por Lampshire, específicamente para este tipo de conducta. Algunos pacientes pueden seguir con los ojos los movimientos del dentista y sus asistentes. Se les puede escuchar un temblor en la voz cuando hablan, sus cuerpos incluso pueden vibrar más o menos, ellos sudan notablemente en las palmas de las manos o frente, ellos controlan sus emociones. Estos niños son a menudo mal manejados, porque ellos aceptan el tratamiento y el medico ocupado o distraído no ve ningún problema. El resultado puede ser el desarrollo de una actitud que irá en detrimento de su futura salud dental .²⁸

Conducta quejumbrosa.

En el pasado, algunos niños eran llamados “quejumbroso” ellos podrían estar en alguno de los grupos mencionados de conducta potencialmente cooperativa y sus quejas ser consideradas como una manifestación de sus reacciones. Sin embargo, desde que las quejas juegan un papel principal en su forma de actuar, su conducta ha sido descrita como una entidad distinta. Los niños quejumbrosos permiten al dentista proceder, pero las quejas durante todo el procedimiento pueden despertar molestias en el doctor, se puede necesitar repetir las dosis de anestesia local pero frecuentemente se queja de dolor. Sus continuas reacciones son una fuerte frustración o irritación para aquellos involucrados en el tratamiento.

El niño quejumbroso es sin embargo, identificable, su llanto no es particularmente fuerte, es sin embargo, identificable, es controlable, los sonidos emitidos son constantes, a menudo acompañados de lágrimas, pueden ser exasperantes y se requiere de una gran paciencia al lidiar con ellos. Una parte importante del comportamiento y del condicionamiento de los hombres, es la consecuencia directa de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, que han influido en las primeras etapas de su existencia, desde la concepción hasta el fin de la puerta. En cada una de esta, existen

necesidades y requerimientos especiales bien definidos en ese instante. Si estas necesidades no son satisfechas, se originan graves perturbaciones en ocasiones irreversibles durante el crecimiento y el desarrollo del organismo. A partir del nacimiento, el individuo necesita una interrelación muy estrecha con los adultos protectores y responsables a fin de poder llegar a alcanzar la madurez de la personalidad.

El desarrollo emocional del niño depende de su disponibilidad para establecer lazos efectivos como personas tales como educadoras, padres, dentistas, médicos, etc., que deben conjugar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades fundamentales de un organismo continuo movimiento. Toda personalidad es influida tanto genéticamente como ambientalmente, si bien la herencia predispone, no condiciona de una manera obligatoria la conducta de los individuos.²⁹

3.4. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA INFLUENCIA DEL NIÑO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

Existen diversos factores que pueden causar una conducta negativa en los niños, por lo que nosotros como profesionales tratamos personas y no simplemente dientes. Un niño ansioso o temeroso que anticipa una conducta desagradable, es más probable que la presente, comparado con un niño que tiene un bajo nivel de miedo o ansiedad. La ansiedad o el miedo afecta la conducta del niño y determina el éxito de la consulta.

La Asociación Americana de Psiquiátrica, definió ansiedad como: "Aprensión, tensión o intranquilidad caracterizada por la anticipación del peligro, pues la respuesta emocional es a una amenaza o peligro externo. La ansiedad y el miedo están acompañados por cambios psicológicos similares. Puede considerarse como patológica cuando interfiere con las actividades cotidianas en el logro de metas deseadas o satisfacciones. La esencia del problema para definir ansiedad para los investigadores dentales y aun para investigadores de otros campos, es parecida al miedo. Frecuentemente los términos carecen de definiciones operacionales mientras ha habido diferencias teóricas entre miedo y ansiedad, muchos están basados en el grado de estímulo y respuesta en situaciones determinadas.

Si un niño ha tenido varias extracciones sin una anestesia profunda, entonces una conducta incontrolable podría ser legítimamente atribuida al miedo, mientras que en un extremo opuesto se puede observar a un niño tímido pero cooperador en su primera restauración. Su inquietud podría ser debida a la angustia, otra manera de analizar el miedo y la ansiedad es examinando la fuente o estímulo. La conducta infantil cooperativa es lo que se ve. Esto es a lo que el Cirujano dentista se enfrentan diariamente y no con dos conceptos intangibles que son fisiológicamente inseparable: la conducta cooperativa es la manifestación de algo. Si un niño ha sido tratado previamente por un dentista, su experiencia con el dentista contribuirá a su futuro comportamiento. Una amplia gama de factores que han sido observados, contribuyen a la conducta cooperadora del niño medio ambiente dental. Estudios de la conducta cooperativa del niño hecha por tres investigadores, (Alperera, Jhonson y Wright) siguieron patrones similares. Sus diseños experimentales consistieron en seguir a los niños a través de sus experiencias mentales y registrar su conducta cooperativa en intervalos preestablecidos.

Se realizó un estudio donde las madres de los pacientes llenaron los cuestionarios en que se solicitaba la información acerca de los antecedentes del niño. De aquí que estos estudios específicamente han analizado las variables que han sido divididas en dos grupos, mayores y menores.³⁰

3.4.1. VARIABLES MAYORES

La influencia materna sobre la conducta del niño en el consultorio dental

Las influencias maternas en el desarrollo mental, físico y emocional del niño empiezan antes del nacimiento. Es bien conocido que el estado nutricional de la madre así como su estado de salud puede afectar el desarrollo emocional y somático del feto. El estado emocional de la madre también ha sido correlacionado con ciertos patrones de conducta posnatal del niño. Aunque el estado psicológico en si no pueda ser transmitido al feto, se cree que este puede ser influenciado por los cambios en el sistema neuro-hormonal de la madre el cual se transmite a través de la placenta.

Influencia materna sobre el desarrollo de la personalidad

Mientras que la conducta del niño pueda influenciar la conducta de las madres, las investigaciones de la relación padre-hijo, generalmente ven al padre como la variable independiente y el niño como la variable dependiente. Bell ha llamado esta relación “un lado” dado que las características paternas son vistas como una relación unilateral en el desarrollo del niño. De acuerdo a la teoría de “un lado”, varias de las características de un niño, incluyendo su personalidad, conducta y reacciones a las situaciones de stress, son el producto directo de algunas características paternas y especialmente materna. Bayley y Schaefer indicaron que la mayoría de las más importantes relaciones madre-hijo caen dentro de dos amplias categorías:

- Autonomía contra control
- Hostilidad contra amor.

Las actividades y conductas maternas han sido descritas y clasificadas en relación a estas dos categorías y Schaefer ha desarrollado un modelo en el cual las graduaciones de la conducta materna están ordenadas secuencialmente alrededor de los parámetros de autonomía contra control y hostilidad contra amor. La conducta de las madres fueron correlacionadas con las conductas de sus hijos. Aunque hubo algunas diferencias asociadas con las edades infantiles y otras variables, se encontró que las madres amorosas tendían a tener hijos felices y calmados mientras que las madres hostiles tenían hijos que eran irritantes e infelices. En general las madres que permitieron autonomía y expresaron afecto tuvieron hijos que eran amistosos, cooperadores y atentos. Contrariamente las madres castigadoras y que ignoraron a sus hijos, no tuvieron hijos que exhibieran esta conducta positiva. Las aplicaciones dentales de los efectos de las actitudes maternas en el modelaje de las personalidades de los niños, son que el niño amistoso y cooperativo probablemente desarrolle estas mismas características dentro del consultorio dental.³⁰

Efectos de las actitudes maternas:

Algunas de las actitudes maternas pueden afectar adversamente el desarrollo de la personalidad del niño y provocar que el niño exhiba una conducta inapropiada en las situaciones dental. Estas descripciones deben ser consideradas para representar estereotipos de patrones de conducta y no para identificar la conducta de un niño específico en una situación específica.³⁰

Actitudes maternas que influyen en el desarrollo de las personalidades de los niños

- **Sobreprotección**
- **Sobre indulgencia**
- **Poco afecto**
- **Rechazo**
- **Autoritarismo**
- **Ansiedad materna**

Sobreprotección

El sentimiento usual que las madres tienen por sus hijos es de amor y afecto. Esto es considerado como pre-requisito para la salud emocional del niño. Una exageración en esta actitud, es llamada sobreprotección la cual puede ser potencialmente dañina para el desarrollo normal del niño. Es posible que varios factores proporcionen el estímulo para la sobreprotección materna. Una historia previa de abortos o un largo periodo y dificultad para la concepción, o mala condición económica pueden ser potentes factores. Un niño puede también ser sobreprotegido si otro hermano ha muerto, o si la madre es consciente de que ya no puede tener otro hijo. Una seria enfermedad o una condición anormal en el niño puede también estimular la sobreprotección materna. Otra posible causa es la ausencia paterna ya sea por muerte, divorcio, o abandono.

Existen varios signos que pueden ayudar a identificar la sobreprotección materna. La madre da excesivos cuidados al niño en términos de comida, vestido aseo y esto cuidados van más allá de la edad normal. Ella está constantemente involucrándose en las actividades sociales diarias del niño y por lo tanto quizá no le permita tomar los riesgos ordinarios que implican el jugar por ejemplo. Ella se muestra frecuentemente preocupada acerca de los problemas médicos o dental de rutina. La madre sobreprotectora retarda la maduración psicológica normal del niño y tienden a “infantilizarlo”. La conducta que el niño desarrollo depende de si la sobreprotección está completa a dominante o la sobre indulgente está asociada con un niño agresivo.

Los niños de madres sobreprotectoras dominantes exhiben una conducta extremadamente sumisa y tímida además de ansiedad. El niño sumiso generalmente será un paciente dental cooperador, aunque el establecer comunicación puede resultar difícil. Los niños de madres sobreprotectoras sobre indulgentes, son agresivos y demandan y esperan constante atención y servicio. Negaciones de sus deseos pueden producir berrinches o aspavientos físicos. Esta conducta genera un círculo vicioso, pues

en tanto que la madre más accede, el niño más frecuentemente usara esta conducta para obtener sus demandas. Estos niños generalmente tienen dificultad para hacer amigos debido a su conducta. El niño agresivo generalmente exhibirá angustia en un medio nuevo no familiar tal como el consultorio dental. Sin embargo, él puede esperar o demandar la atención del dentista.

Sobre indulgencia

La sobre indulgencia puede estar asociada con sobreprotección o con la madre dominante. Los padres sobre indulgentes dan al niño lo que él quiere dentro de sus posibilidades económicas, incluyendo juguetes, dulces, ropa y generalmente restringen muy poco la conducta de sus hijos. Los parientes como los abuelos, frecuentemente también son sobre indulgentes. El niño de un padre sobre indulgente es un niño consentido que está acostumbrado a hacer las cosas a su manera. Su desarrollo emocional está detenido, manteniéndole en la infancia, un estado de dependencia en el cual llorando o haciendo berrinche obtendrá la conducta que él desea de sus padres. Es incapaz de divertirse por si mismo y trata de que los adultos lo rodeen para divertirlo. Estos niños al igual que los de madres sobreprotectoras querrán "hacer las cosas a su manera", en el consultorio dental, y pueden presentar ataques de coraje cuando ellos no pueden controlar la situación dental igual que las situaciones de casa.

Poco afecto

La disminución del afecto puede variar desde la mediana despreocupación, a la indiferencia y la negligencia. El desafecto puede empezar desde el embarazo o puede desarrollarse en la infancia tardía. Una madre puede brindar menor apoyo emocional a su niño que no va de acuerdo con sus intereses, con su empleo o simplemente porque es un niño no deseado. El niño que experimente poco afecto materno, presenta buena conducta y parece estar bien adaptado. Sin embargo, tienden a ser inseguros en su capacidad para tomar decisiones. Dado que no han aprendido ni experimentado amor en su casa, un contacto emocional con ellos es difícil. Un dentista puede encontrar que llorar fácilmente, son tímidos y que están incapacitados a cooperar voluntariamente. Esos niños frecuentemente responden a un subtítulo, como lo es un dentista o el ayudante del dentista, quien les da apoyo emocional y el afecto necesitado.

Rechazo

Aceptación contra rechazo es una de las importantes de las influencias familiares. El rechazo materno se puede originar en cualquier circunstancia en la cual el niño no es deseado. Por ejemplo el niño puede ser rechazado debido a un matrimonio inestable e infeliz; o debido que nacimiento no fue previsto y la presencia del niño interfiere con la carrera u otras ambiciones, o porque la madre es inestable e inmadura, el rechazo generalmente es manifiesto. La conducta de la madre está caracterizada por olvido hacia el niño, severos castigos, regaños y resistencia a gastar dinero o tiempo en el niño. Cuando el rechazo materno es manifiesto, el niño generalmente carece de sentimientos de pertenencia o de dignidad. Puede mostrar mucha ansiedad o ser agresivo, hiperactivo y desobediente. Generalmente recurrirá a cualquier conducta para llamar la atención.

Esos niños por lo general serán pacientes difíciles que requerirán de una considerable modificación de conducta por parte del dentista. Hay una creciente conciencia de que las actitudes paternas pueden ser hostiles e involucrar formas de abuso de violencia y descuido físico del niño. En su extremo esto puede llevar al síndrome del niño maltratado. Tanto el abuso como el descuido pueden ser físicos y emocionales; los dos destruyen el desarrollo normal del niño. En estos casos, el papel del dentista deberá de ser obviamente por detrás del tratamiento dental del niño y deberá consistir en la concientización del problema del maltrato y un correcto reporte a las autoridades sociales o legales.

Autoritarismo

El padre autoritario, elige técnicas para controlar la conducta de sus hijos que pueden ser llamadas “no con amor”, la disciplina frecuente toma forma de castigo físico o de ridiculización verbal. La madre autoritaria insistirá en que el niño se conforme a ella y se esforzara mucho porque el niño acate solo esos lineamientos. Interesantemente, la madre autoritaria es generalmente el producto de una educación autoritaria, la respuesta usual del niño al autoritarismo es la sumisión a ella; sin embargo, la sumisión esta acoplada con el resentimiento y la evasión. Mientras que el niño no desobedece directamente una orden, él ha obtenido una gran habilidad para evadir o delegar una respuesta y una conducta evasiva y holgazana es característica del niño de la madre autoritaria.

Ansiedad materna

Varios estudios han tratado de explicar la relación entre el medioambiente del hogar y la conducta del niño en el consultorio dental. Es de importancia el reporte hecho por Shoben y Borlan, quien busco la causa de los temores dentales exhibidos en un grupo de pacientes seleccionados de una consulta dental privada. Ellos probaron la correlación entre varios temores frecuentemente asociados con el miedo y los pacientes que tenían actualmente temores dentales. Factores tales como tolerancia disminuida al dolor, a traumatismo dental o experiencias dentales desfavorables y con las actitudes negativas de la familia hacia el dentista, las determinantes de la conducta de un niño es una situación dental, a menudo dependen de las actitudes y experiencias de su familia en relación con la odontológica dado, que un niño normalmente espera apoyo de un padre en una experiencia amenazante. Citando estos hallazgos, los investigadores afirman que las actitudes y experiencias de una familia en relación a la odontología parecen ser el más importante factor para determinar como un individuo reaccionara al dentista. Los pacientes que acude al dentista condicionada a responder con temor y tensión es principalmente debido a que la odontología les había sido descrita de esa manera es sus hogares. Shoben y Borlan concluyeron “el problema del temor dental no es especifico de la situación dental”. Más aún, está fuertemente unido a la trasmisión de actitudes de ansiedad a través de las interacciones del niño con figuras importantes en su medio social.²⁸

Dado que es sabido que las madres juegan un papel importante en el desarrollo del niño, algunos investigadores han buscado comprender la relación específica entre ansiedad materna y la conducta del niño en la situación dental, en un estudio de John y Baldwin, se

evaluaron la conducta de niños cuya primera visita dental fue para una extracción. En un segundo estudio evaluaron la conducta de un niño durante una visita dental para examinación y profilaxis dental. Usaron la escala de ansiedad manifiesta de Taylor, para determinar las madres tuvieron que contestar un cuestionario antes de que el niño fuera visto por el dentista. Las preguntas eran relacionadas con las relaciones previas del niño hacia los procedimientos médicos y dentales, como pensaban la madre que debería comportarse en la visita y cuál era la impresión de la madre acerca de la ansiedad de su niño y de su propia ansiedad. Las respuestas de las madres a este cuestionario también fueron correlacionadas con la conducta del niño.

Los resultados de los dos estudios fueron similares. Si el niño sufrió un “gran stress” de una extracción o un stress menor de una examinación y profilaxis, se encontró relacionado directamente al grado de ansiedad materna. Los niños cuyas madres habían tenido un grado de ansiedad, exhibieron conductas más negativas y menor cooperativas que aquellos niños cuyas madres tuvieron un menor grado de ansiedad. Las respuestas a las preguntas del cuestionario acerca de la predicción de la reacción del niño al procedimiento dental, la clasificación de la ansiedad materna fueron significativamente relacionadas a la conducta del niño. De lo anterior es evidente que la ansiedad materna influye de manera importante en la conducta de niño en el consultorio dental. Sin embargo, mediante técnicas apropiadas, la conducta del niño puede ser alterada por el dentista.

Una conducta negativa en la primera consulta dental incrementa significativamente cuando el niño cree que tiene un problema dental. Se puede deducir que un niño que está consciente del problema dental puede llegar a la consulta con un mayor nivel de aprensión que un niño que no tiene conciencia de él. Esta aprensión pudo haber reconocido el problema e intuir que requería de la intervención del dentista. Cualquiera que sea la razón, los resultados sugieren que existen un buen motivo para que los dentistas eduquen a los padres acerca del valor de una consulta previa a algún problema dental.

En conclusión los investigadores han notado la probabilidad de que las actitudes maternas (sentimientos), sirvan como determinantes de las reacciones de ansiedad manifestadas por el paciente pediátrico en el consultorio dental. El nivel de ansiedad de un niño está altamente relacionado con el nivel de ansiedad de la madre, cuando se lleva al niño al consultorio dental. Mientras mayor es el nivel educacional de la madre, mayor es el grado de conducta positiva, y el intento de la madre por resolver la ansiedad del niño aumenta. La ansiedad materna tiene menos influencia sobre la conducta de los niños mayores que en la de los menores. Este hallazgo cabe dentro de las nociones teóricas de Gesell, quien sostiene que el niño mayor es más independiente de su madre que el niño pequeño.

Efecto de la presencia de la madre en el consultorio dental

Es muy probable que los dentistas generalmente prefieran tener a los padres ausentes durante el tratamiento debido a que la mayoría de los niños presentan una conducta más satisfactoria en ausencia de los padres. En efecto, los niños mayores desarrollan

independencia emocional y por lo tanto prefieren tener a su madre o a su padre en la sala de espera. Si un niño pudiese exhibir una conducta no cooperativa, la presencia del padre en algunas ocasiones le permitirá apoyar este tipo de conducta y también podrá limitar el rango de las técnicas de control de conducta del dentista. Los niños pequeños están predispuestos a un número de temores, incluyendo el temor a lo desconocido y el abandono, como también carecen de habilidad para adaptarse a una situación o a un nuevo medio. Weininger ha afirmado que los niños de uno o tres años de edades aproximadamente, comúnmente exhiben ansiedad durante un corto periodo de periodo de separación, y el grado de respuesta es afectado por lo largo de la separación.

Además de la pérdida de la madre, otras influencias pueden exacerbar la alteración del niño durante el periodo de separación, muchos de esos factores han sido delineados por Robertson. Estos detalles de la situación dental incluyen: un medio extraño vigilante o múltiples extraños; claves y lenguajes que el niño no comprende y a los cuales no puede responder; rutinas no familiares; disciplinas y demandas no usuales; enfermedad, dolor e interferencias corporal. Los resultados del estudio de Frank, demostraron que la presencia de la madre puede servir para reducir los temores del niño pequeño y puede ofrecer apoyo emocional durante esta experiencia.

Preparación del niño para el dentista

Puesto que los estudios han demostrado consistentemente que la ansiedad materna afecta en el comportamiento cooperativo de los niños, se puede llegar a una conclusión práctica. El contacto con los padres del niño antes de su primera visita al dentista puede aliviar algunas de sus preocupaciones, este contacto precedente a la cita debe reducir la ansiedad materna y así, incrementar la posibilidad de una primera visita exitosa. Bailey, ha apoyado la preparación previa a la cita dental. Comparando los niveles de ansiedad de madre e hijo, ellos observaron que un niño expuesto a una actitud positiva de los padres hacia el dentista reaccionaba más positivamente, el comportamiento era mejor en los niños preparados previamente en una conversación con sus padres. Parece entonces, que si los elementos de sorpresa y falta de información son eliminados por la preparación de los padres, se puede esperar que los niños tengan un comportamiento más cooperativo.

La relación entre nivel socioeconómico y la conducta cooperativa infantil, indica que mientras mejor se comportan los niños, más alta es su clase socioeconómica, este hallazgo de suma importancia va de acuerdo con un estudio reciente que investigo la etiología de los temores dentales en niños de escuela primaria. La variable socioeconómica puede tener gran relevancia para la salud dental pública y sugiere que se debe hacer mayor énfasis en los aspectos psicológicos de la educación del paciente para las clases socioeconómicas más bajas. Dickson, en su investigación encontró que la tasa de utilización del servicio dental era menor para las clases más bajas que para los grupos de clase media. Otra conclusión podría ser que la clase baja es menos propensa a solicitar ayuda, a menos que sufran de dolor y la contribución de la clase social al comportamiento cooperativo solo puede ser hipotetizado. Es peligroso generalizar esta escasa información y relacionarla al pequeño paciente individualmente. De acuerdo con Musseem, la evidencia muestra que las madres de clase media son menos punitivas y

más afectuosas que las madres de clase baja. Los padres de clase baja usan más el castigo físico y el ridículo como técnica de control. En las clases altas tiene a adoptar la conducta de recurrir más frecuentemente al razonamiento y el elogio. De esta manera, es posible que los niños criados por padres restrictivos y punitivos en mi familia altamente desarrollada y autoritaria, respondan más fácilmente a una técnica de control.

Experiencias médicas

Las experiencias medicas previas del niño, afecta su conducta en el consultorio dental. Se han hecho referencias de las experiencias medicas pasadas que han aportado algo de la conducta del niño, pero las observaciones clínicas han enfatizado la importancia de estas variables. Se ha mostrado que las experiencias médicas pasadas pueden ser una fuente crítica de la conducta no cooperativa. La historia médica no podrá ser relacionada con la conducta del niño. Por otro lado, si la historia médica es enfocada a determinar si su experiencia medica pasada es agradable o desagradable, los resultados serán bastantes diferentes. Los niños con experiencias médicas positivas son más cooperadores con el dentista, por lo tanto cuando se estudian las experiencias médicas de un niño, es la calidad de las visitas lo que realmente interesa. De forma similar la actitud de un niño hacia un médico es de gran importancia, si el ve a un médico favorablemente entonces es probable que tenga menos aprensión cuando visita a su dentista. Hay algunas similitudes entre el dentista y el medico: ambos son llamados doctores, usan bata blanca, tiene recepcionistas vestidas de similar forma. Estudios han mostrado que los temores pueden ser transferibles, si sufrió dolor durante consultas médicas previas, será otro factor a considerar en la historia clínica previa. Otros factores a considerar en la mayoría de las investigaciones, es la evaluación del dolor dada por la estimación de los padres. El dolor actual puede haber sido moderado o intenso, real o imaginario. La estancia de un niño en el hospital también debe ser considerada como parte de la historia clínica. Algunos dentistas han observado que la cooperación del paciente se deteriora después de una hospitalización y lo contrario es posible también. Si un niño de un nivel socioeconómico bajo es hospitalizado, es muy probable que el medio ambiente lleno de juguetes y salas de juegos le proporcionen una estancia placentera en el hospital. En adicción, otros factores como una estancia en el quirófano y en la sala de recuperación, tiene que considerarse.³¹

3.4.2. VARIABLES MENORES

Preparación del niño para el dentista

Puesto que los estudios han demostrado consistentemente que la ansiedad materna afecta en el comportamiento cooperativo de los niños, se puede llegar a una conclusión práctica. El contacto con los padres del niño antes de su primera visita al dentista puede aliviar algunas de sus preocupaciones, este contacto precedente a la cita debe reducir la ansiedad materna y así, incrementar la posibilidad de una primera visita exitosa. Bailey, ha apoyado la preparación previa a la cita dental. Comparando los niveles de ansiedad de madre e hijo, ellos observaron que un niño expuesto a una actitud positiva de los padres hacia el dentista reaccionaba más positivamente, el comportamiento era mejor en los niños preparados previamente en una conversación con sus padres. Parece entonces, que

si los elementos de sorpresa y falta de información son eliminados por la preparación de los padres, se puede esperar que los niños tengan un comportamiento más cooperativo.

La relación entre nivel socioeconómico y la conducta cooperativa infantil, indica que mientras mejor se comportan los niños, más alta es su clase socioeconómica, este hallazgo de suma importancia va de acuerdo con un estudio reciente que investigó la etiología de los temores dentales en niños de escuela primaria. La variable socioeconómica puede tener gran relevancia para la salud dental pública y sugiere que se debe hacer mayor énfasis en los aspectos psicológicos de la educación del paciente para las clases socioeconómicas más bajas. Dickson, en su investigación encontró que la tasa de utilización del servicio dental era menor para las clases más bajas que para los grupos de clase media. Otra conclusión podría ser que la clase baja es menos propensa a solicitar ayuda, a menos que sufran de dolor y la contribución de la clase social al comportamiento cooperativo solo puede ser hipotetizado. Es peligroso generalizar esta escasa información y relacionarla al pequeño paciente individualmente. De acuerdo con Musseem, la evidencia muestra que las madres de clase media son menos punitivas y más afectuosas que las madres de clase baja. Los padres de clase baja usan más el castigo físico y el ridículo como técnica de control. En las clases altas tiende a adoptar la conducta de recurrir más frecuentemente al razonamiento y el elogio. De esta manera, es posible que los niños criados por padres restrictivos y punitivos en mi familia altamente desarrollada y autoritaria, respondan más fácilmente a una técnica de control.

Relaciones entre hermanos

El aprendizaje social considera a los hermanos y compañeros como fuentes potenciales de ansiedad y miedo. El mal comportamiento de un niño pequeño en el consultorio dental puede ser el resultado directo de la influencia de un hermano mayor y darse el fenómeno de conducta contagiosa. En términos de la teoría de la personalidad, el proceso de conducta reproducida, exhibida por un modelo llamado identificación. Bandura, propone los términos imitación o modelaje para este tipo de conducta como una consecuencia del modelaje, el niño piensa, siente y él se comporta igual que su modelo, estos pueden ocurrir sin que el niño tenga conciencia. Bandura, explica que cuando se proporciona un modelo, patrones de la compleja conducta eran conductas tan aprendidas rápidamente a menudo copiadas completamente.

Generalmente los niños se comunican con otros y hablan de sus experiencias con el dentista. La actitud desarrollada por el niño más grande es una estructura prefabricada para construir y aprender con el hermano pequeño, esto puede ser particularmente verdadero, si el hermano menor no ha tenido contacto con el dentista anteriormente. El primogénito tiene la conducta de sus padres como modelo, los niños nacidos después tienen en adición la de los padres, la conducta de los hermanos mayores como posible modelo. De hecho, los hermanos pueden ser de gran ayuda, si el hermano mayor es un paciente cooperativo será un modelo ideal y cuando los niños observan a su hermano o compañeros, en el consultorio dental, los procedimientos no deben despertar temor al observador. Los movimientos deben de ser lentos y la instrumentación mínima, el dentista ha reconocido y tomado ventaja de los beneficios que tiene la observación, para diseñar

su consultorio. Los consultorios abiertos (con una especie de mirador), permiten a los niños observar a sus hermanos y compañeros durante el tratamiento. Ellos ven modelos cooperativos, también sienten que la presión social conforta al modelo. Los niños no se tratan diferentes, ni quieren parecer inadecuados o embarazosos en presencia de otros niños. Sin embargo, muchos consultorios de este tipo tienen al menos un cubículo cerrado. Los niños no cooperativos y particularmente los revoltosos, son tratados en cuartos cerrados para que el comportamiento inadecuado no sirva como modelo.

La presencia de hermanos o hermanas grandes, también parece mantener o incluso mejorar la conducta del niño menor durante las consultas dentales subsecuentes. El hijo primogénito es en esencia un hijo único. El medio ambiente de su familia inmediata le proporciona solo a sus padres para imitar y por lo tanto, competencias más duras para vivir en conformidad. Más aun, él puede ser obstaculizado por la inexperiencia de sus padres, quienes pueden demandar mayores logros. El niño tiende a la sobre realización, como resultado, el hijo mayor puede volverse más ansioso y sensitivo que los niños nacidos después. Generalmente, esto no se aplica al segundo hijo, quien ve a su hermano mayor como un competidor invencible que tiene un estatus y privilegios especiales.

El hijo de en medio es generalmente más sociable, sugestible y busca una aprobación positiva, por el uso a su hermano mayor y a sus padres como un patrón de conducta; él tiene un modelo menos competente a seguir. Sus modelos son más realista que los de su hermano mayor, el se encuentra entre el niño que fue el primero y el único, lleno de atenciones y el hijo menor que está siendo mimado y halagado. El hijo intermedio solicita atención, reconocimiento y trabaja socialmente por conseguirlo. En comparación de la posición ordinal estos influenciados por otras dos variables sexo y espaciamiento, los tres factores, posición ordinal, sexo y espaciamiento, interactúan, son inseparables en sus efectos sobre los rangos de personalidad de los niños, el sexo del hijos mayor tiene influencia sobre el tipo de comportamiento sexual de los hermanos menores. La influencia del sexo y el efecto del espaciamiento son más notables cuando el espaciamiento es de dos años o menos. Cuando los hermanos son del mismo sexo, ellos se comportan similarmente. Si el espaciamiento aumenta más de 4 año y el sexo es distinto, las cualidades de conducta son bastantes disimiles, se han atribuido algunos rasgos indeseables de personalidad de los pequeños pacientes a otros tipos de relaciones entre los hermanos. La rivalidad es una de estas relaciones y puede afectar el comportamiento en el consultorio dental.

Otras de estas relaciones es el resultado de ser única hija en una familia de hijos hombres o viceversa. Esto puede engendra una conducta de sobreprotección por parte de los padres, y puede causar el desarrollo de una dependencia particular o de un hijo demandante. El comportamiento no cooperativo en la unidad familiar, la falta de cooperación de un niño en el consultorio dental, puede atribuirse a muchos factores. Sin embargo, esta sección tratara solo aquellos factores que provengan del medio ambiente familiar. La mala conducta puede ser causada por:

- Conducta contagiosa, es la correlación substancial entre los temores de la madre y sus hijos preescolares.
- Amenazar al niño como llevarlo al dentista como castigo a su mal comportamiento.
- Preparación del niño bien intencionada, pero impropia.
- Discusión con el dentista en presencia del niño.
- Ansiedades de los niños generadas tanto interna como externamente.

La incorporación de inquietudes y patrones de conducta de uno de los padres y la influencia de los hermanos y compañeros ha sido tan común, como el que un miembro de la familia o amigo, contraiga sarampión, de que el uso de la frase conducta contagiosa. Los niños son impresionables y por lo tanto susceptibles de imitar a modelos de su medio ambiente. Los temores y angustias de estos modelos han resultado en actitudes y comportamiento no cooperativo en el paciente odontopediátrico, algunos padres utilizan a los dentistas para asustar al niño. En algunos hogares, el dentista es una amenaza para forzar al niño a tomar una buena conducta. Dentista, psicólogos y psiquiatras han prevenido a los padres a cerca del efecto que tiene una discusión con el dentista en presencia del impresionable niño. Existen un corto número de investigaciones dirigidas a la recopilación de observaciones anecdóticas acerca de los argumentos oídos por casualidad de la odontología que producen ansiedad, miedo y resulta en un paciente no cooperativo.

Sin embargo, existe suficiente información en la psicología del aprendizaje que nos da fe de una relación causa-efecto. Dos investigaciones psicológicas sostienen la creencia de esta relación, Brolan y Shoben, encontraron que la etiología de los temores del dentista se origina en el medio ambiente familiar. Kleikch, obtuvieron resultado semejantes. Ellos encontraron que los pacientes temerosos, frecuentemente denotaban actitudes dentales desfavorables entre los miembros de la familia o amigos. El niño sustituye la fantasía, basada en la conversación escuchada y traspone a su experiencia real. El siente ansiedad con respecto al daño físico potencial en las manos del dentista, algunas de las fuentes de ansiedad descritas por musen se relacionan a la odontología y el niño. Muchas de estas fuentes se originan en la familia o el medio ambiente social. Un ejemplo seria la ansiedad por la pérdida de un amor o la deserción.

Esto puede provenir de la anticipación de la pérdida o desaparición de una fuente de afecto o aceptación, como el amor de la madre. A menudo en casa o en el consultorio se oye regañar a los niños, amenazándolos con la pérdida de su amor o afecto, el niño puede creer que perderá la protección de sus padres si no coopera con el dentista. La ansiedad en vez de un buen comportamiento, es la respuesta común a estos hechos, el origen de la ansiedad por la pérdida del amor y aceptación paterna, detiene e inhabilita al dentista que está tratando de manejar el comportamiento del niño. Familias con padres separados: es un axioma, que una vida familiar satisfactoria es crítica para el desarrollo o la salud emocional en el niño, las actitudes de un padre hacia el otro, afecta las actitudes y la conducta del niño. Un niño alerta que es un sensible al medio ambiente familiar, es el que reacciona más severamente a la incompatibilidad de los padres. Un niño proveniente de una casa con interrelaciones paternas infelices, quizás será un problema en el

consultorio dental y esto puede ser debido a sentimientos de inseguridad que son generados por su ambiente familiar.³²

3.5. TERAPEUTICA NO FARMACOLÓGICA DEL MANEJO DE LA CONDUCTA

Se ha enfatizado que la comunicación es el objetivo más importante para poder impartir tratamiento odontológico, pero esta comunicación no solo debe ser entre el paciente y el dentista, sino también con la familia. El niño está en la cúspide, es el foco de atención tanto para su familia como para el dentista, aunque la actitud de la madre ha demostrado ser una influencia significativa en la conducta de sus hijos en el consultorio dental.

Las líneas de comunicación desde el ángulo del dentista enfatizan una mayor diferencia entre la odontología para adultos y el dentista (**fig1**), estas líneas demuestran que hay una relación 1:2 cuando se trata a niño, por ejemplo; dentista: niño y su madre. El dentista trata con adultos tiende a ser una situación de 1:1, por ejemplo; adulto: dentista, las flechas indican que la relación es recíproca.

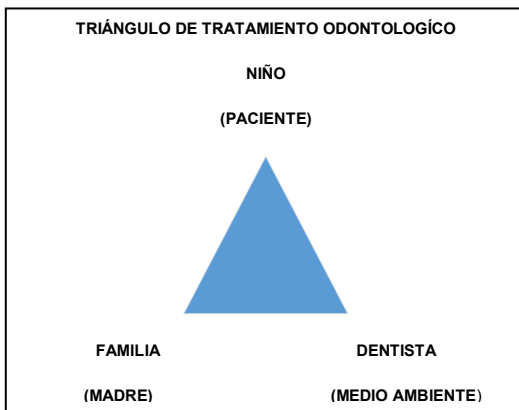


Fig.1 Interacción del tratamiento odontológico.

El tratamiento dental del niño es por lo tanto, una relación dinámica sumando las esquinas del triángulo; el niño el dentista y su familia. Es deber del dentista es mantener una dentición sana, completa y funcional de acuerdo a las necesidades físicas y emocionales del niño. Esto va a depender de su capacidad para controlar la conducta infantil, trata específicamente sobre técnicas, la mayor parte de las técnicas, han sido desarrolladas por generaciones de dentistas y han sido el sostén en el manejo infantil. Solo recientemente, los dentistas han encontrado que muchas de las técnicas de manejo, estaban basadas en principio de psicología. Las técnicas básicas de manejo dental ayudan a despojarse de problemas en la práctica diaria.

Comunicación con los niños

El establecer una efectiva comunicación es uno de los mayores objetivos al tratar a los niños, el medio de comunicación más común con los niños es el lenguaje hablado. Hay muchas maneras de iniciar una comunicación verbal, muchos niños pequeños están orgullosos de su nueva ropa y les gusta que les pregunten acerca de ella. Los niños

mayores a menudo usan y les gusta que les pregunten acerca de ella. Los niños mayores a menudo usan suéter de equipos deportivos, o con siglas de escuelas famosas o uniformes especialízales y les gusta ser cuestionados acerca de sus actividades. Cualquiera que sea el grupo para iniciar una conversación, las preguntas no deben requerir una respuesta simple como “sí” o “no”; preguntas abiertas ¿cómo que significan estas siglas?, tienden a establecer la comunicación. Este proceso de exponer la imagen del niño a través de sus argumentos, es llamado externalización.

La comunicación no está limitada solamente a la conversación, por lo que existe la comunicación no verbal, por ejemplo al estrechar la mano en un niño se le comunica el sentimiento de calidez. La sonrisa de un asistente, trae como consecuencia la aprobación y aceptación, similarmente estos sentimientos, pueden ser transmitidos a través de los ojos. De aquí que la comunicación es un proceso reciproco que el niño rechaza mediante la evasión del contacto visual con el dentista, con esto se da uno cuenta de que el niño no está listo para cooperar completamente. Así la comunicación efectiva es un proceso multi-sensorial sostuvo que en cualquier comunicación existe un trasmisor, un médium y un receptor. El dentista o alguien de su equipo son los transmisores, el ambiente del consultorio es el médium y el niño es el receptor, el trasmisor puede ser uno o todos los miembros del equipo de salud dental durante una visita del niño. Sin embargo debe reconocerse un papel fundamental, la transmisión verbal tiene que provenir de una sola dirección, ya que los niños no pueden dividir su atención entre dos adultos simultáneamente. Si el dentista ha establecido una conversación con el niño, entonces sus asistentes se deben abstener de hacer comentarios.

La actitud del trasmisor es a menudo comunicada a través de su voz. La entonación, volumen y la modulación pueden expresar firmeza y claridad. Los niños pequeños no siempre escuchan o entiende las palabras y oraciones por eso casi siempre se requiere de su repetición. La transmisión debe ser contrastante. Una especie de paternidad puede dar al pequeño un sentimiento de seguridad y promover el manejo de la conducta. Desde que la comunicación es multi-sensorial, la postura, los movimientos y la posición del equipo dental son signos extremadamente importantes de comunicación no verbal. Generalmente los movimientos deben ser lentos y suaves, diseñados para producir positividad e infundir un sentimiento de seguridad en el paciente.

El sistema de comunicación paciente-dentista, es complejo involucrar las proyecciones del personal y el medio ambiente del consultorio, el canal visual debe ser considerado en la comunicación multi-sensorial. Algunas veces aquellas cosas que parecen naturales para el dentista, pueden ser extrañas para el paciente. La mayoría de los niños en su papel de receptores, tiene ciertas características que debe ser reconocido por el equipo dental para un manejo efecto de la conducta. Ellos deben enfocar su atención a un solo punto y no dividir la misma, los mensajes comunicados deben ser continuos. Esto es particularmente cierto para los niños pequeños que su rango de atención es corto, si el dentista tiene que dejar el consultorio, alguien más debe de transmitir; de otra manera el receptor construye una barrera. Generalmente existe un error cuando el dentista deja el consultorio y el asistente se dedica a sus quehaceres y no se comunica con el niño, se puede desarrollar miedo en estos niños. Otros sentidos del receptor pueden ser usados con ventaja. Los

niños deben de ser animados a tocar los objetos que no sean peligrosos, se les debe permitir usar el sentido del olfato, se deben sentir cómodos. La mayoría de los niños son buenos receptores, pero depende del equipo de salud dental encausarlos correctamente. El mensaje a comunicar es que el niño debe relajarse y eliminar su miedo.

Lenguaje y Expresión

Los clínicos dentales frecuentemente se encuentran con pacientes infantiles exhibiendo un malestar hacia su cita dental. Los problemas de manejo de conducta, manifiestos o no, son usualmente controlados usando técnicas psicológicas o farmacológicas. Los métodos psicológicos son preferidos en el manejo de la comunicación verbal, se considera un requisito primario para cooperación y el éxito del tratamiento dental. Una atención debe interpretarse de las señales no verbales, tales como las expresiones faciales y movimientos del cuerpo, pueden ser otro útil vehículo para comprender mejor la conducta de un niño.

Para captar conductas adversas de un niño

Algunos investigadores piensan que un vez que la faz llega a ser un estímulo efectivo para la respuesta social-emocional, es frecuentemente utilizado como un forma primaria consciente o subconsciente de comunicación, se ha estimado que en una conversación normal de dos personas los componentes verbales de la comunicación, llevan menos del 35 % del significado social de la comunicación, mientras que más del 65% del significado es transmitido a través de signos implícitos de la comunicación y también cree que durante el lenguaje la mayoría del impacto es mediante a atreves de la expresión facial. En los niños, el reconocimiento de emociones que se desarrollan tempranamente, tales como diversión, placer, ira y temor serán más fácilmente de reconocer que aquellas que se desarrollan después, tales como; avergonzamiento, disgusto y desprecio. La combinación de ceja-ojo-boca, parece ser la mejor para representar la mayoría de las expresiones en una determinada cara. (Fig. 2)



Fig 2. Varias combinaciones de esos elementos faciales generaron las expresiones que se encuentran en esta imagen. <http://inakima.com/wp-content/uploads/2016/06/emociones.jpg>

El dentista se debe adaptar al nivel de compasión del niño. Esto no significa usar el lenguaje de un bebe, pero si emplear palabras que tengan significado para el paciente. Si un niño de 6 años actúa como uno de 3, entonces uno debe dirigirse a él en ese nivel. Contrariamente, un niño de 6 años que está avanzado en sus experiencias y entendimiento, coopera más gustosamente cuando se le habla como si fuera más grande. Los eufemismo que es la sustitución de expresión que pueden ser ofensivas o desagradables por otras simples o inofensivas que pueden tener mucho más aceptación; son empleados por la mayoría del dentista como segunda lengua. (tabla 3). La lista es interminable y es limitada solo por la imaginación del equipo dental.³³

TERMINOLOGÍA	PALABRAS SUSTITUTIVAS.
Pieza de alta velocidad	Avión o carro
Alginato	Plastilina
Anestésico	Jugo para dormir al diente o hormiguitas
Caries dental	Diente enfermo, gusanito del diente
Explorador	Cucharita y contador de dientes
Eyector	Aspiradora o limpiador popote para la saliva
Pasta profiláctica	Pasta dental especial
Grapas	Anillo para diente
Coronas de acero	Sombrero para el diente
Aparato de rayos x	Cámara dental
Radiografía	Fotografía dental

Tabla 3. Terminología

3.6. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA EN EL CONSULTORIO DENTAL

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento del paciente pediátrico y en especial con TDAH se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones. Para llevar a cabo un adecuado manejo odontológico tenemos que tener encuentra los siguientes objetivos:

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

3.6.1 Técnicas básicas

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

Desensibilización

Técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar.

Modelamiento

Cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros. Debido a la limitación de ciertas técnicas en el manejo de la conducta para obtener resultados favorables en niños con problemas de comportamiento, se han sugerido nuevas alternativas como modelado en vivo y video por ser técnicas comunicativas que crean un ambiente más favorable para el éxito del tratamiento. En esta técnica de Modelado consiste en permitir al niño observar a otros niños adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarles lo que se espera de ellos.

Reforzamiento

Es el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro se exhiba dicha conducta. Los psicólogos que se apegan a las teorías del aprendizaje social del desarrollo infantil creen que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y los castigo de su medio, que el amor y la aprobación obtenidos primero de sus padres y después de sus compañeros son formas muy importantes de recompensa un sólido factor para el cambio de conducta.

- **Refuerzo positivo:**

Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales. El refuerzo es algo que nos agrada. Puede consistir en elogios, alabanzas, frases de ánimo, felicitaciones, expresiones faciales, contacto físico, escuchar con atención (reforzadores sociales); también pueden ser reforzadores materiales, productos consumibles como chicles, chocolate, refrescos. Artículos manipulables como discos, balones, juguetes, o cualquier objeto que sea gratificante para el niño. Podemos reforzarle también permitiéndole realizar actividades

placenteras para él como ver la tele, jugar a la videojuegos, incluso actividades compartidas como leerle un cuento, pasar rato con los amigos, ir al cine, etc.

- **Refuerzo negativo:**

Consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable eliminando algo que resulta molesto al sujeto, siempre que obre correctamente. Este refuerzo debe ser también lo más inmediato posible a la conducta deseada. Explicado de otra forma es, aplicar un estilo adverso o castigo hasta que ocurra la respuesta deseada y en ese tiempo se retira el castigo o se suprime. Se usa en casos extremos por lo regular no es recomendable.

Decir-Mostrar-Hacer

En esta técnica el Cirujano Dentista le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al dentista actuando la situación) para después hacerlo. El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta, está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el dentista trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos. Una opción inicial es mostrar cómo debe llevarse a cabo la profilaxis y mostrar el cepillo especial y cómo gira la pieza de mano. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente. Las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente y causar ansiedad, los tratamientos se debe ser de manera sencilla. Cabe mencionar que esta es una técnica apropiada para utilizar en niños con TDAH.

Distracción - Voz distracción

Esta técnica es útil para desviar la atención del paciente de las incomodidades que pueda percibir en el procedimiento. El objetivo es disminuir la probabilidad de percepción de un suceso desagradable que pueda suceder. Está indicado para cualquier paciente y no tiene ninguna contraindicación. Estas estrategias tienen el objetivo de llamar la atención del niño y de estimular su imaginación con la finalidad de abstraer los del procedimiento odontológico, para eso se utilizan muñecos educativos u objetos inanimados (recomendado para preescolares), uso de videos de dibujos animados o vídeo juegos, contar cuentos o historias, conversar con la madre durante el tratamiento del niño sobre la vida diaria de éste (amigos, juegos favoritos, animales preferidos, etc.). La distracción es probablemente la técnica más efectiva cuando la ansiedad del niño es leve. Cabe mencionar que esta es una técnica apropiada para utilizar en niños con TDAH.

Inhibición latente

Es otro principio importante del acondicionamiento, que tiene como objetivo organizar el tratamiento odontológico iniciándose con procedimientos más simples. Los estudios han mostrado que historias de experiencias odontológicas positivas o neutrales pueden servir como defensa contra el desarrollo de experiencias o asociaciones traumáticas, y subsecuentemente contra el desarrollo de miedos severos o fobias. Esta técnica implica el inicio de la historia del tratamiento del niño con una o dos consulta(s) de evaluación

clínica, orientación de dieta e higiene, profilaxis y flúor, etc. (procedimientos no-curativos), ya que, por el hecho de no realizar ninguna intervención invasiva previa, se ayudaría al niño a enfrentar más adecuadamente futuras consultas potencialmente invasivas (curativas). La implementación de este principio de "inhibición latente" es importante para la prevención del miedo dental y debe ser incorporado en el plan global de tratamiento.

Control de la voz

Con esta técnica, mejor aceptada que la restricción física, la atención del niño se gana con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para ganar el mando. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, pero que es comunicativo. Sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional. Los dentistas han reconocido ampliamente que la calidad de voz, es altamente importante. Frecuentemente, un cambio brusco en el tono y volumen de amable a firme o de suave a fuerte, puede usarse para llamar la atención del niño que no coopera; no es importante lo que se dice, sino el cambio que se da para obtener la atención. El objetivo del control de voz es lograr la atención del niño, como lo es de la mayoría de las técnicas de control usadas en el consultorio dental. Sin la tensión del niño no hay medio de comunicación y sin comunicación, el niño nunca aprenderá a ser buen paciente.

Comunicación no-verbal

Consiste en transmitir refuerzo y guiar la conducta mediante el contacto, la postura y las expresiones faciales. Hay autores que sugieren que sólo del 35% de la relación social se establece por componentes verbales mientras que más del 65% se transmite por comunicación implícita. Puede ser mediante gestos con manos, brazos y movimientos de cuerpo y piernas. El principal objetivo es favorecer la eficacia de otras técnicas de control comunicativas, obtener o mantener la atención y obediencia del paciente. Está indicada en cualquier paciente y no tiene contraindicaciones.

Distracción Contingente

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias, puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos, los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarla en conjunción con Decir-Mostrar-Hacer antes de iniciar el tratamiento con el objeto de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica. Objetivo es distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir su ansiedad, está indicada para usarse en cualquier paciente. Y está contraindicada en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

Escape Contingente

Se busca que el paciente tenga control de la situación de modo que con una indicación suya, como por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento de modo que el odontólogo tenga el

tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea el apropiado. Objetivo es buscar modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente y está indicado en pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica. Y está contraindicado en pacientes incapaces de entender el objetivo de la técnica debido a su corta edad, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal.

Tiempo y Fuera

Es una variación del esfuerzo negativo para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento en la misma cita o dar por terminada la cita y pedirles al paciente y a sus padres que regresen cuando esté preparado para cooperar. Esta técnica sólo debe utilizarse en situaciones muy específicas donde hay un alto grado de desarrollo emocional y un pleno entendimiento y cooperación por parte de los padres. Objetivo es buscar modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente de modo que el tratamiento se condicione a su propia voluntad de cooperar. Indicado en pacientes pre-adolescentes y adolescentes. Y está contraindicado en pacientes incapaces de entender la técnica debido a su corta edad e inmadurez emocional.³³

3.6.2. Técnicas avanzadas

Restricción física

La restricción física, entre las cuales se encuentran la técnica de mano sobre la boca, tiene indicaciones muy precisas, el paciente debe tener entre tres o seis años de edad, sano y de desarrollo psicológico normal. Su conducta es no otra cosa que una respuesta desproporcionada por un inmanejable aumento de ansiedad o temor. Por lo general, el dentista está preparado para la situación, ya que a la madre le informa de comportamiento similar frente a circunstancias nuevas y atemorizantes, o lo intuye, por las reacciones del niño previo a la consulta. Si es de este modo, es necesario discutir con los padres la necesidad de restringir el niño para tener la oportunidad de enfrentarlo a una situación que en sí mismo no amerita una resistencia tan marcada. La autorización de ellos es indispensable. Es conveniente que la auxiliar este presente para sujetar también manos y piernas del niño, así nadie resulta dañado, el niño así controlado se da cuenta que su estrategia para evitar la situación es inútil. Mientras el niño se acomoda, se puede hablar de sus ropas de sus muñecas, de sus pecas de cualquier cosa sin hacer ninguna mención a lo que acaba de suceder. En lo que el clínico respecta, es historia olvidada. Cada actitud cooperadora del niño a partir de este momento es reforzada generosamente. Si hay un intento de empezar de nuevo, aviso gentil, pero firme, que la mano volverá a ser usada, es por lo general suficiente para controlarlo. Cabe mencionar que esta es una técnica apropiada para utilizar en niños con TDAH ya que algunas veces no son cooperadores.

En esta técnica, el éxito requiere una aplicación adecuada, la simple descripción escrita no es suficiente, ya que el control y modulación de la voz es indispensable y críticas las actitudes del dentista y su personal auxiliar durante el procedimiento. Resultado importante la posición del dentista cerca del oído del niño, el uso de una voz al principio

suave y monótono, dependiendo de las respuestas del paciente. En cualquier caso el profesional no se debe involucrar emocionalmente; en esta situación deberá ser capaz de controlar su propia emoción; así cuando el niño reaccione positivamente, está dispuesto a seguir sin mayores dificultades. Para algunos dentistas, el rechazo de los niños es interpretado como un desafío personal; todo lo que hay que pensar es que el niño no tiene nada contra el dentista como persona, es un esfuerzo por adaptarse a una situación aparentemente intolerable.

Hay algunas consideraciones con respecto al uso de la restricción. El primer lugar debe recordar que los padres le enseñan a sus hijos a resolver problemas como ellos lo solucionan; por lo tanto el dentista debe comunicarse con ellos para obtener cooperación en los cambios de conducta que se han logrado. Segundo, si se está restringiendo la misma conducta con frecuencia, la restricción no está funcionando y debe cambiarse las técnicas, o modificar la modalidad de tratamiento. Tercero, es conveniente elogiar conductas incompatibles con lo tranquilo que has estado mientras te limpio los dientes, muchas gracias“). Cuarto, no amenazar (“pórtate bien..., de lo contrario...”). Finalmente, concluir que el objetivo de la restricción es no tener que utilizarla. Aun así para muchos padres esta técnica no son aceptables dados sus propios estilos de crianza. La decisión de inmovilizar al paciente debe considerar además alternativas de manejo del comportamiento, la necesidad y la calidad de tratamiento, el desarrollo emocional y las condiciones físicas del paciente, el padre debe de dar el consentimiento por escrito después de haberle dado explicaciones sobre la técnica a utilizar, sus indicaciones tiempo de duración, riesgo y beneficios. Esta técnica no puede ser utilizada mayor un periodo de 30 minutos. La restricción física puede indicarse para pacientes que no cooperan:

- Inmadurez
- Problemas físicos o mentales
- Fracaso de todas las otras técnicas de tratar el comportamiento
- Cuando hubiera riesgo de accidentes para el paciente y /o el profesional.

Está contraindicada para pacientes cooperativos y para aquellos que no pueden ser inmovilizados debido a condiciones sistémicas.

- **Restricción activa**

Existen varias maneras de realizar la inmovilización física y el posicionamiento del niño durante el tratamiento. El uso de los diferentes métodos de restricción física (las ligaduras suaves, cinturones de seguridad y todas las bandas de sujeción puestos en el sillón) puede ser injustificado por ofrecer más seguridad y protección al paciente y al equipo contra eventuales accidentes durante los procedimientos clínicos, facilitando la ejecución de las maniobras odontológicas. La desventaja de esta técnica es la producción de forcejeo del niño donde se puede maltratar y generar algún trauma secundario.

- **Restricción pasiva**

Es la restricción que una persona (el restrictor) aplica con sus manos o su cuerpo, directamente al cuerpo de otra persona (el paciente). La fuerza aplicada es modificable en cada momento del tratamiento. Utilizada para tranquilizar al paciente, mediante contacto físico como palmaditas y caricias, además de que se está tan cerca del paciente que se le puede hablar, arrullar o cantar. El niño acuesta en el sillón dental con el respaldo en la posición horizontal, teniendo la cabeza apoyada por la asistente, que permanece sentada al lado izquierdo, con la madre acomodada en diversas posiciones, pero de forma a no interferir en el espacio de trabajo del profesional, lo que facilitara la atención odontológica.

34

Aislamiento del campo operatorio

La mantención de un campo seco, durante la realización de maniobras restauradoras o terapia pulpar, resulta bastante conveniente para el tratamiento de un niño, y muchas veces indispensable para obtener resultados clínicamente óptimos. Este aislamiento pueden ser relativo o absoluto, el primero mediante rollos de algodón y un adecuado sistema de eyección de saliva, que resulta en algunas situaciones, como la ejecución de restauraciones menores, especialmente en el arco superior, lo suficientemente adecuado como para evitar contaminación. Sin embargo, con la evolución de los materiales adhesivos, el aislamiento absoluto resulta cada vez más necesario, debido a la extrema sensibilidad de estos materiales a la contaminación. Las usuales secuencias de varios pasos, con los consecuentes aumentos en los tiempos de trabajos, hacen necesario un tipo de aislamiento confiable y duradero, condición difícil de lograr en la mayoría de las circunstancias cuando se trabaja con pacientes infantiles. Por otro parte, hay situaciones propias de tratamiento por cuadrantes o maniobras de ejecución compleja que requieren igualmente de un control más estricto del campo operatorio, como también es de importancias para tratar a niños con TDAH.

Ventajas del aislamiento absoluto del campo operatorio

- Calidad
- Seguridad
- Visibilidad
- Compatibilidad con uso de bio-materiales

El aislamiento absoluto con dique de goma, generalmente bajo anestesia local, ofrece las siguientes ventajas:

Economía del tiempo

Los dentista que no utilizan dique de goma suelen opinar que este procedimiento es demoroso, aunque de hecho si se ensaya una rutina, el tiempo invertido en el procedimiento logra reducir a un periodo breve de tres o cuatro minutos, con más práctica, a tiempos muchos más reducidos. Este tiempo, en cualquier caso, es menor que el perdido en cambiar numerosos rollos de algodón, ajustar el eyector, solicitar al paciente

que regrese a su posición, o permanezca en silencio. En esta de eficiencia se ha estimado una reducción de tiempo de orden del 40 a 50 %.

Manejo del paciente

No puedo substantiarse la creencia de algunos dentistas esta técnica es inapropiada para el niño. Unas palabras para describir el procedimiento (impermeable la goma; “botono para abrochar al diente, por la grapa). Alejar el temor, aunque siempre resulta necesario explicar y demostrar, para algunos niños tener una goma sobre la boca resulta amenazante y peligroso, es buena decir que podrá respirar con toda normalidad, por ejemplo. La experiencia demuestra que muchos pacientes aprehensivos, o no cooperadores, presentan una mejor comportamiento y pueden ser atendidos as fácilmente con aislamiento absoluto; ya que a goma logra separar muchos estímulos de la cavidad bucal, como el aire , agua y cuerpos extraños, además de controlar y proteger la lengua y los labios, por sus parte, el dentista puede trabajar más relajadamente, en ocasiones con una mano libre, hasta completar su tratamiento, manteniendo con su paciente contacto visual y comunicación tranquilizadora con gesto y palabras.

Control de saliva

Esta es una consideración importante para ejecutar una buena cavidad el uso del eyector favorece la visibilidad que se obtiene en el campo seco disminuye la posibilidad de error, sobre todo en casos de caries profunda o pulpas muy voluminosas, con riesgos de exposición, además de evitar contaminación de materiales o interfaces.

Protección del paciente

El uso del dique de goma proviene que diversos materiales se pongan en contacto con la boca; sustancias que al caer al piso de la boca estimulan la salivación; medicamentos, que pueden ser irritables o de sabor desagradable o instrumentos pequeños que podrían ser de otro modo deglutidos o aspirados.

Separa tejidos blandos, mejillas y lengua

Las paciente infantiles, sin ese recurso, tienden a ocupar permanentemente el área de trabajo o ponerse en contacto peligro con el instrumental que se esté utilizando

Protección del operador

El cierta medida, de infecciones con el paciente como portador, al reducir la contaminación aérea de partículas microorganismos y fluidos

Demostración a los padres

Los padres están siempre informados en el trabajo que se efectúan sus niños, en determinadas etapas el dentista puede llamarlos para mostrar alguna fase del tratamiento. El dique de goma presenta la situación bajo el cuidadosa control del operador y sus esfuerzo para ejecutar una tratamiento de la máxima calidad, para el niño, a quien se le explica que esta visita de los padres es en premio a sus colaboración, es una situación reforzadora, al ver apreciado su comportamiento por los adultos.³⁵

3.7. TERAPEUTICA DE MANEJO FARMACOLOGICO DE LA CONDUCTA

La mayoría de los pacientes niños, se pueden tratar por un medio dental convencional, con guía de la conducta y bajo anestesia local. Sin embargo existen niños en los cuales el control del dolor necesita ir más allá del bloqueo físico-químico de las vías anatómicas que lo conduce ya que estos niños son incapaces de tolerar sin molestia los procedimientos dentales a pesar de una técnica de anestesia adecuada. En ellos, se debe entonces adoptar otras medidas con el propósito de controlar la ansiedad y poder realizar el trabajo odontológico requerido.

Aunque existen muchas vías de administración para el control del dolor y la ansiedad, la administración de fármacos requiere que el profesional conozca la acción farmacológica, los efectos secundarios, las posibles interacciones farmacológicas y las contraindicaciones de la administración del fármaco prescrito, por esto la administración de estas técnicas debe ser por un especialidad. Como ya se a descrito anteriormente, para el control de estas conductas interrumpidas, con frecuencia es suficiente el uso de las técnicas básicas de acercamiento o incluso de las técnicas restrictivas, que separadamente o en combinación, posibilitan al odontólogo el logro de conductas sucesivamente más apropiadas. No obstante, en algunos de estos problemas de conducta será necesario el uso de fármacos con los que podremos conseguir diferentes estados sedativos en pacientes conscientes con grados más elevados según el caso hasta llegar a la anestesia general. Es importante mencionar que el manejo farmacológico en odontología solo compete a un equipo conformado por el pediatra, odontopediatra y el anesthesiólogo.³⁶

Las técnicas farmacológicas utilizadas en dentista de acuerdo con la Asociación Americana de Anestesiología (ASA), la Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) y la Academia Americana de Pediatría (APA) son:

- Sedación consiente.
- Sedación profunda.
- Anestesia general.

Sedación mínima ansiolisis

Es un estado inducido por drogas durante el cual el paciente responde normalmente a las órdenes verbales. Aunque la función cognitiva y la coordinación están afectadas, y las funciones cardiovasculares y ventilatorias permanecen sin variación.

Sedación moderada o sedación consiente

Es la depresión de la conciencia inducida por una droga durante la cual el paciente responde a los comandos verbales ya sea solo o mediante ligera estimulación táctil. No se requiere intervención para mantener la vía aérea y la ventilación espontanea es adecuada la función cardiovascular es mantenida usualmente.

Sedación profunda

Es también una depresión de la condición inducida por drogas durante la cual no puede ser despertado fácilmente, pero responde luego de repetidos estímulos dolorosos. Se puede perder la habilidad de mantener independientemente la función ventilatoria y los pacientes pueden requerir asistencia para mantener la vía aérea y la ventilación espontánea puede ser inadecuada sin embargo la función cardiovascular es usualmente mantenida.

Anestesia general.

Es la pérdida de la conciencia inducida por drogas en la cual el paciente no responde a la estimulación, pierde la función ventilatoria independiente. Los pacientes generalmente requieren asistencia para mantener la vía aérea y se puede requerir ventilación positiva debido a la depresión ventilatoria o de estimulación de la función neuromuscular por efectos de las drogas. La función cardiovascular puede estar disminuida.

Protocolo para la sedación

1. Antes de decidir un tratamiento bajo sedación se debe considerar:
2. Facilidades en consultorio para realizar el tratamiento.
3. Equipamiento.
4. Entrenamiento del cirujano dentista y su equipo de trabajo.
5. Documentación del paciente que debe incluir: historia clínica completa, evaluación del paciente por el pediatra de (ASA I Y II (**Tabla 5**)), consentimiento firmado por los padres.
6. Instrucciones pre y post operatorios por escrito.
7. Monitorización del paciente.
8. Conocimiento de técnica de resucitación.
9. Registrar todos los procedimientos antes, durante y después de la sedación de la historia clínica del paciente.
10. Compañía de un adulto responsable que se haga cargo del paciente una vez terminada la sedación.

ASA I	Paciente sin enfermedad sistémica, sano.
ASA II	Paciente sin enfermedad sistémica leve.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave limita su actividad, pero no discapacitante.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica que supone un riesgo constante para su vida.
ASA V	Paciente moribundo. Expectativas de vida inferior a las 24 horas con o sin intervención.
ASA U	Intervención de urgencia de cualquier tipo; la U precede al número del estado físico

Tabla5. Clasificación de ASA Fuente:R. Castillo Mercado, G.P. Miguel del Priego, C.Kanashiro Irakawa, M Perea Paz ,F.S-E Raffo Estomatología Pediátrica, Madrid Editorial ripano p 87

Para realizar cualquiera de las técnicas de sedación se debe contar con una historia clínica completa del paciente que permita determinar si hay necesidad de utilizar sedantes, la técnica o medicamento más indicado para el paciente o si existe algún inconveniente para realizar estos procedimientos.

La evaluación física en odontología consta de tres componentes que son:

- Cuestionario sobre antecedentes.
- Exploración física.
- Anamnesis completa.

Con la información recogida después de completar los tres pasos anteriores el especialista en este caso odontopediatra estará más capacitado para:

- Determinar el estado físico y psicológico del paciente.
- Solicitar algunas interconsultas en el caso que sea necesario.
- Realizar las modificaciones pertinentes en su plan terapéutico cuando este indicado.

Las vías de administración para fármacos sedantes usadas más frecuentemente usadas en odontopediatría son:

- Inhalatorio.
- Entérica: oral y rectal.
- Parenteral intra-nasal

Con la administración enteral es decir, oral y rectal, es más fácil que se desarrolle efectos secundarios que cuando se emplean en vía parenteral. Cuando en adelante hablemos de sedación consciente nos vamos a referir a los siguientes tipos:

- Sedación ligera (vía oral) mínima o ansiolisis
- Sedación con óxido nitroso (vía inhalatoria)
- Sedación moderada (administración por vía rectal, nasal o intramuscular)

Sedación inhalatoria.

La sedación por inhalación de óxido nítrico (N_2O-O_2) también conocido como gas hilarante o protóxido de azoe es una de las técnicas más valiosas que se puede emplear en pediatría. Los agentes gaseosos se absorben desde los pulmones al sistema cardiovascular. Aunque para conseguir la sedación se puede administrar cualquier anestésico inhalatorio solo uno, el óxido nitroso, es utilizado por un número importante de profesionales de la salud. De hecho, durante la pasada década ha aumentado el número de profesores que lo emplean N_2O-O_2 (poner atención). En la técnica de psicosedación con óxido de nitroso, este gas debe ser administrado a la vez con oxígeno, procurando que la cantidad de O_2 suministrado nunca sea inferior al 25%, es decir al 2,5 l/min. Los

actuales aparatos de psicosedación están programados de tal manera que no funcionan por debajo del 25 % de oxígeno.

La sedación por inhalación de óxido nitroso (N₂O) y oxígeno (O₂) muestra numerosas ventajas respecto a otras técnicas de sedación y no presenta inconvenientes importantes. Esta técnica es un elemento muy importante del arsenal del que se dispone para el tratamiento del miedo y de la ansiedad. Un factor que pueden complicar la utilización de esta técnica y que se debe tener en cuenta para que la sedación sea eficaz, es que el paciente debe aceptar la mascarilla nasal y respirar por la nariz. Frecuentemente, el paciente más difícil de tratar no suele aceptar de buen grado la mascarilla nasal, condenando esta técnica al fracaso.

Sedación oral

Es la vía más empleada también es la más segura, cómoda y económica. Se puede emplear con eficacia en odontología para la reducción del estrés o durante el tratamiento dental y como método para tratar el dolor preoperatorio y posoperatorio.

Los fármacos que se administran por vía oral son absorbidos por el intestino delgado, pasan a la sangre a través de los pequeños y múltiples vasos sanguíneos que transportan las sustancias al sistema circulatorio, irrigando el cerebro y llevando la información sedativa. En el tratamiento de la ansiedad se emplea un número elevado de fármacos por la vía oral. La gran mayoría son hipnóticos-sedantes o ansiolíticos, la recuperación puede ser prologada porque la droga es metabolizada lentamente.³⁷

3.6.2. Clasificación terapéutica de los fármacos utilizados para sedación oral

- **Hipnóticos-Sedantes no barbitúricos:** a diferentes dosis provocan distintos niveles de depresión del SNC que se manifiestan por relajación (sedación) y somnolencia (hipnosis)
- **Fármacos Ansiolíticos:** para el tratamiento de la ansiedad y la tensión diaria de intensidad moderada o grave. Sedación leve con depresión del SNC sin pérdida del estado de alerta.
- **Fármacos Antihistamínicos:** la sedación y la hipnosis son efectos secundarios. En odontología pediátrica han demostrado ser bastante útiles. (tabla 6)

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS PARA LA SEDACIÓN ORAL			
Ansiolíticos	Hipnóticos	Antihistamínicos	Analgésicos opiáceos
Carbamatos	Alcohol etílico	Hidroxina	
Benzodiazepinas	Barbitúricos	Prometacina	
<ul style="list-style-type: none"> • Clordiazepoxido <ul style="list-style-type: none"> • Diazepam • Oxazepam • Halazepam • Alprazolam 			
	No barbitúricos <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas <ul style="list-style-type: none"> ○ Flurazepam ○ Triazolam ○ Lorazepam ○ Midazolam • Carbamatos • Derivados del cloral <ul style="list-style-type: none"> • hidrato del cloral • Otros 		

Tabla.6 Clasificación terapéuticos de sedantes orales. R. Castillo Mercado, G.P. Miguel del Priego, C.Kanasshiro Irakawa, M Perea Paz, F.S-E Raffo Estomatología Pediátrica, Madrid Editorial Ripano

BENZODIAZEPINAS

Es importante mencionar que en la actualidad las benzodiazepinas son las más utilizadas por los especialistas en odontología ya que las benzodiazepinas son los fármacos psicotrópicos más prescritos en el Sistema Nacional de Salud, su eficacia y seguridad han sido ampliamente avaladas y documentadas. Y entre las más importantes son el Diazepam, y el Midazolam.

Diazepam

Fue sintetizado en 1959, pero inicio su comercialización en el 1963 con el nombre de Valium, después de su administración se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal, alcanzado la concentración plasmática antes de dos horas, Es muy eficaz en el tratamiento preoperatorio de la aprensión y de la ansiedad. Es el prototipo de las benzodiazepinas y tiene un largo historial de uso en odontología. Una de las contraindicaciones es hipersensibilidad a las Benzodiazepinas o dependencias a otras sustancias, incluyendo el alcohol; es muy seguro y el sobre-dosis es difícil. Se considera como desventaja que tiene un tiempo de inducción mayor a los 30 minutos y su efecto

dura más de 4 horas. Además se ha demostrado que al igual que todas las benzodiazepinas tiene potencial de abuso y algunos efectos colaterales.

Midazolam

Una ventaja significativa del midazolam sobre el diazepam es su alta solubilidad en agua. Por consiguiente, la posibilidad de tromboflebitis es reducida a un mínimo. El midazolam está empaquetado en una solución ácida a un pH de 3.3 un estado en el que el fármaco es soluble en agua. Una vez que el fármaco entra en la sangre, la cual tiene un pH de 7,4, la estructura química cambia a una forma activa con elevada estructura química cambia a una forma activa con elevada estructura química cambia a una forma activa con elevada solubilidad en lípidos. De hecho, su solubilidad en lípidos es de las más altas de todas las benzodiazepinas. Después de la administración intravenosa, la sedación ocurre en 3 a 5 minutos. Su recuperación sucede en 2 horas pero es variable y puede requerir hasta 6 horas para el retorno completo a los valores basales. No hay fenómeno de rebote de metabolitos. El midazolam también puede ser administrado eficazmente por vía intramuscular

El midazolam es efectivo cuando es administrado por vía oral y está disponible como jarabe. Aproximadamente el 50 al 65 % de las dosis oral ira a través del metabolismo hepático de "primer paso ". La aparición de la acción cuando es administrado por vía oral es entre 20 y 30 minutos con una vida media de eliminación de 1 a 4 horas, lo que provee aproximada 30 min de tiempo de trabajo. La administración oral es indicada principalmente para pacientes ansiosos que requieran intervenciones dentales relativamente cortas. Como agente único, no debe ser utilizado para controlar el comportamiento combativo.

El midazolam puede producir depresión respiratorio en dosis más altas .También hay un riesgo de dosis relacionada de apnea, la cual se cree que está influenciada por la rapidez con la que es administrada el fármaco, la apnea es más probable que ocurra cuando e utilizada midazolam con narcóticos. También ocurre con más frecuencia la hipotensión con esta combinación, la dosis deben ser ajustadas a la baja cuanto es utilizado el midazolam con cualquier otro depresor del SNC, especialmente con los narcóticos. Esto efectos por lo general no son vistosos si el fármaco es justo adecuadamente, en comparación con el diazepam, el didazolam produce una mejor ansiolisis y amnesia retrograda de hasta 4 horas cuando se administra el midazolam. Este fármaco es de tres a cuatro veces más potente que el Diazepam y tiene dos veces la afinidad por el receptor del benzodiazepam.

Dosis oral – 0,25^a 1,0 mg/kg hasta una dosis única máxima de 20mg intramuscular -0,1 a 0,15mg/g hasta una dosis máxima de 10mg intravenosos ajuste lento, ver pautas de dosificación recomendadas por el fabricante, suministrador jarabe-2mg/ml inyectable -1 y viales 5 mg /ml.³⁸

ANTAGONISTAS DEL MIDAZOLAM Y BENZODIAZEPINAS

Flumazenil

Fue aprobado por la FDA en el 1991 como un receptor antagonista de la benzodiazepina y debe ser usado en los siguientes casos: Donde la anestesia general ha sido inducida y/o mantenida con benzodiazepinas, donde se ha producido sedación con benzodiazepinas para el diagnóstico y procedimientos terapéuticos. Para el manejo de la sobredosis de benzodiazepinas:

Características: Es soluble en agua. A diferencia del resto de las benzodiazepinas, es escasamente lipofílico y se une en bajo porcentajes a las proteínas plasmáticas. Se metaboliza en el hígado y su acción es rápida, de 1 a 2 minutos siendo máximo a los 6-10 minutos. Dosis: de 0,2 mg/2min 0,02 mg/kg IV máxima de 0,2 mg a pasar en 15 seg. Administrar dosis repetidas cada minuto hasta que se obtenga respuesta o hasta que se alcance la dosis máxima de conseguir el nivel de conciencia adecuada. Existe una correlación significativa entre las dosis midazolam administrada y la cantidad de flumazenil adecuada para revestir su efecto en caso que fuera necesario. Contraindicaciones: puede provocar convulsiones, debiéndose usar con precaución en pacientes con antecedentes de coma, de uso crónico de benzodiazepinas o en situaciones clínicas que predispongan a las convulsiones.³⁹

3.8. SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN PACIENTES CON TDAH

Sin embargo los pacientes con TDAH sufrir en su mayoría de una higiene dental deficiente y fracturas ocasionadas por accidentes por la hiperactividad e impulsividad. En esta población se puede observar que los factores de riesgos tiene una alta incidencia de dientes cariados no tratados, lo que puede interpretarse como que al paciente con TDAH que busca tratamiento odontológico es poco efectivo ya que no siempre encuentra tolerancia y paciencia en el Cirujano Dentista, por lo que opta por la extracción en lugar de un tratamiento conservador debido a la dificultad en el manejo del paciente. Diferentes publicaciones señalan que las alteraciones bucodentales más frecuentes en niños con TDAH son:

- **Mayor incidencia en placa dentobacteriana**
- **Problemas periodontales**
- **Traumatismo dentales**
- **Xerostomía**
- **Bruxismo**
- **Alteraciones en el ATM**
- **Mayor incidencia de mal oclusiones**

Entre las causas de la ausencia de atención odontológica a pacientes con TDAH se encuentran resistencia por parte de los estomatólogos a tratar a estos pacientes en el consultorio privado, por no estar preparados para el manejo de problemas ocasionados por conductas inapropiadas. Los servicios odontológicos han sido limitados por falta de formación estomatológica, y poca conciencia preventiva en la escuela, en el hogar y en el consultorio profesional. Es evidente que las medidas preventivas tendrán una mejor

relación costo-beneficio si la población objeto de las medidas puede ser definida como de alto riesgo, este último es difícil de identificar, continua siendo una ciencia inexacta, sobre todo si se insiste en encontrar un solo indicador.

En niños, una combinación de factores socioeconómicos y clínicos ayudan a determinar cuáles de ellos requieren mayor protección y agresividad en cuanto a prescripción de medidas preventivas, tales como historia médica y social, hábitos dietéticos, historia de caries disponibilidad de flúor, hábitos de higiene los cuales son elementos para hacer discriminaciones, tanto más seguras, mientras más experiencias clínica tiene el examinador. Se debe tener presente que otorgar tratamiento integral al paciente TDAH es necesario debido a que son seres humanos con derechos a una calidad de vida y como parte del equipo de la salud es muestra responsabilidad ser unos facilitadores de ella.

3.9. PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTE CON TDAH

- **Historia clínica completa.**
- **Realizar interconsultas médicas (especializadas).**

Con medico psicólogo y psiquiatra entre otras.

- **Consentimiento informado.**

La comunicación del padre o tutor y el odontólogo, sabiendo los riesgos y beneficios del tratamiento.

- **Planificar de citas de acuerdo al enfoque de riesgo del paciente.**
- La atención debe ser valorada de acuerdo a la cooperación del niño y el padre o tutor, para reducir la ansiedad o estrés en el consultorio:
- Dar breve paseo por el consultorio antes de iniciar el tratamiento para que el paciente se familiarice con el diseño y mobiliario, así reducir el temor a lo desconocido.
- Hablar lentamente y con términos sencillos. Asegurarse de que las explicaciones sean entendidas por el paciente.
- Dar solo una instrucción a la vez. Felicitar al paciente luego de haber finalizado exitosamente una acción.
- Mantener sesiones cortas. Progresar gradualmente a procedimientos más difíciles, luego que el paciente se haya familiarizado con el ambiente odontológico.
- Citar a los pacientes a primeras horas del día, cuando tanto el odontólogo como el paciente se encuentran menos fatigados, tanto física como mentalmente.

- En los niños con TDAH, la conducta que presentan suele verse reforzada cuanta más atención se le presta por lo tanto las conductas normales quedan desatendidas completamente; una técnica muy aceptada es cambiar estas preferencias, ignorar la mala conducta y reforzar los comportamientos adecuados.
- El trabajar por cuadrantes nos ayudara a la rapidez el tratamiento.
- El aislamiento absoluto es de vital importancia ya que es una herramienta de nos facilita el manejo del paciente.
- El incremento a las conductas deseables se establecen por medio de: recompensas sociales (atención, alabanzas, afecto, privilegios...) y recompensas materiales por la emisión de la conducta deseada; utilización de puntos-fichas canjeables por determinados reforzadores, si se produce la conducta-objetivo; tomar a los compañeros de clase, amigos, miembros de la familia como modelos para imitar conductas positivas.⁴⁰

VI. OBJETIVO

- Describir el manejo odontológico en el paciente con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

OBJETIVO ESPECIFICO

- Especificar las características del TDAH
- Describir las técnicas de manejo conductuales empleadas en pacientes con TDAH
- Se proporciona un protocolo de manejo en el tratamiento odontológico del paciente con TDAH.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con TDAH se enfrentan a la misma problemática de salud bucodental que el resto de la población infantil, sin embargo, a pesar de tener las oportunidades para el acceso a los tratamientos no todos los profesionales de la odontología los consideran en su campo de trabajo ya que no poseen las técnicas de manejo de conducta.

Esto nos lleva a cuestionarnos:

¿Cuáles son las pautas a seguir para el manejo odontológico del paciente con TDAH?

VIII. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICO.

CASO CLINICO N° 1

NOMBRE DEL PACIENTE: RSCV

Edad: 5 años

Domicilio: Unidad habitacional San Marcos edificio E4, depto. 301, colonia el mirador, Culhuacán Izapalapa

Fecha de nacimiento: D.F.

Lugar de nacimiento: D.F.

Sexo: Masculino

Lugar de residencia: D.F.

Escolaridad: Preescolar

Motivo de consulta: El paciente pediatría del hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro se presenta con odontalgia leve ocasional, en el cuadrante inferior izquierdo.

Antecedentes personales no patológicos. Vive con ambos padres y una hermana menor nivel socioeconómico medio, habitan en casa propia con todos los servicios intradomiciliares

Antecedentes personales, patológicos: Sin antecedentes patológicos.

Antecedentes heredofamiliares: no refiere antecedentes heredofamiliares.

Padecimiento actual: TDAH (Adecuado con el diagnostico dado por el hospital)

Medicamentos utilizados cotidianamente: Metilfenidato 1-1/2-0.

Exploración bucal: A la exploración bucal se encontraron resequedad en los labios, caries de 2º grado en el 85, 84, 75,74 55 ,54 y caries de 1º grado del 65 y 85.

ODONTOGRAMA CPO Y ceo

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
C	C	S	S	S	S	S	S	C	S
C	C	S	S	S	S	S	S	C	C
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Diagnostico bucodental:

Paciente masculino de 5 años de edad, diagnosticado con TDAH niega antecedentes patológicos, toma Metilfinidato 1-1/2-0 al día. En la exploración bucodental se observa caries de 3 grado que afecta esmalte dentina y pulpa en 84 y caries de 2 grado que afecta esmalte y dentina en 55, 54, 75 y 74 y caries de 1 grado en 64 que solo afecta esmalte

Diagnostico general: A nivel sistémico sin patológica (aparentemente sano) en el examen dental presento caries múltiple de 2 grado.

Pronóstico favorable

Tratamiento operatoria dental realizando pulpotomias, colocación de coronas amalgamas y profilaxis con control de placa bacteriana periódica, dicha tratamiento se llevó a cabo en 6 secciones durante un periodo de 4 meses, posteriormente el paciente se citas aproximadamente cada 6 meses para revisión.

CITAS	PROCEDIMIENTOS REALIZADO	MANEJO CONDUCTUAL
1	Historia clínica, profilaxis y toma de modelos.	De acuerdo a la clasificación de Frankl podemos catalogar al paciente es su primera cita (- -) con una conducta definitivamente negativa. Al realizar la exploración dental el paciente mostro sumamente renuente, agresivo, y temeroso, permitió muy poca interacción con el cirujano dentista, por lo que fue necesario utilizar la técnica de desensibilización para disminuir la conducta mediante decir-mostrar-hacer. Para la toma de modelos, se utilizó la técnica de control de voz y D-M-H. En esta ocasión solo la madre acudió a la cita. El comportamiento de la madre fue sobre indulgente, provoco que el niño agudizara más el comportamiento negativo, por lo que se realizó dicho procedimiento en corto tiempo.
2	Endodoncia (pulpotomia) 84. Corona 84.	Durante esta cita una semana después, el paciente se comportó con una conducta negativa (-) y comportamiento desafiante, pero menos agresivo. En esta ocasión ambos padres asistieron a la cita. La madre decidió salir del consultorio mientras se realizaba el tratamiento, la conducta del padre se catalogó como un padre autoritario. Se utilizó la técnica de control de conducta D-M-H con control de voz, se realizó técnicas de anestesia regional., el comportamiento durante el tratamiento fue quejumbroso. Por lo que se utilizó la pieza de mano por tiempo corto.
3	Amalgama 55 y 54	En esta cita se llevó a cabo 2 semana después, la conducta definitivamente negativa (- -) se catalogó como incontrolable. Cabe menciona que a la cita acudió la madre y la abuela materna, (ambas con conductas sobre- indulgentes). Para disminuir la conducta se realizó la técnica de sujeción gentil, en donde la madre apoyo sosteniendo su cabeza y se colocó abre bocas y con auxiliares de manejo de conducta se utilizó control de voz. La técnica de anestesia que se utilizo fue supra-periostica, y el uso de la pieza de mano se utilizó por tiempos cortos. Al final de

		la cita se habló con la madre y la abuela sobre los factores de riesgos que pueden desencadenar una conducta no cooperadora, y la necesidad de tener un comportamiento adecuado.
4	Amalgama del 75 y 74	Dos semanas después, el paciente mostró una conducta positiva (+), con un comportamiento cooperador pero tenso. En esta consulta acudieron ambos padres. Los dos apoyan para la realización del tratamiento. Por lo que se sujetó a utilizando las mismas técnicas conductuales pasivamente, control de voz y refuerzo negativos por lo que se decidió intentar el tratamiento sin utilizar la sujeción gentil, se trató de ayudarlo mediante la restricción física de movimientos inesperados de sus brazos y piernas. Ayudando a sostenerlo su padre, durante estos procedimientos el paciente se mostró tenso pero con control, durante el procedimiento dental se aplicó la técnica de anestesia regional, y no fue necesario el uso del abre bocas dental.
5	Selladores 64 y 85.	Durante esta cita el paciente se mostró una conducta cooperativa (+) y un comportamiento cooperador que en las veces citas pasadas. En esta cita los dos padres acudieron. Las técnicas que se utilizaron fueron control de voz y D-M-H realizando el tratamiento sin dificultad.
6	Control de placa bacteriana, profilaxis y aplicación de flúor	Un mes después el paciente mostró una conducta cooperadora (++) en donde permite la exploración dental sin temores por parte del personal estomatológico, se le observa algunas veces tenso pero cada cita más cooperador a partir de esta fecha será citado cada 6 meses, para llevar un control de su salud dental.

IX. DISCUSIÓN

Es importante conocer el padecimiento de base del TDAH y el comportamiento del paciente ante el tratamiento odontológico ya que la necesidad de atención de estos pacientes se incrementa por su alta prevalencia en edades escolares. El grado de complejidad de los tratamientos odontológicos más el grado de alteraciones emocionales y los factores internos y externos del paciente con TDAH son un reto para el Cirujano Dentista.

Por lo que es necesario identificar la conducta del paciente para personalizar y optimizar el tratamiento odontológico en el paciente con TDAH, así mismo la experiencia del tratamiento dental debe ser óptima en un ambiente de relajación que no provoque miedo y/o ansiedad. Esto implica un desafío para el Cirujano Dentista y el equipo Médico por lo que se propone un protocolo de manejo que servirá de guía al Cirujano Dentista para cumplir los objetivos de tratamiento.

Durante la realización de mi servicio social pude observar que los niños con trastornos son pacientes poco colaboradores que pueden ir desde agresivos hasta tímidos, por lo que me fue de importancia estudiar las condiciones de cada trastorno en especial TDAH y saber la base de este trastorno para poder brindar un mejor tratamiento. Por esto se da una guía para poder abordar a pacientes con TDAH y dar una atención odontológica en óptimas condiciones.

X. CONCLUSIONES

Podemos concluir que los pacientes con TDAH necesitan de atención integral multidisciplinaria para bríndales un mejor tratamiento odontológico. Es de importancia mencionar que el Cirujano Dentista necesita de apoyo de especialistas para realizar una atención óptima.

Para llevar a cabo la atención odontológica a un paciente con TDAH se requiere paciencia, tiempo, energía, dedicación, amor y persistencia para establecer la comunicación de lo simple a lo complejo de una forma sistemática, para que en cada cita permita llevar a cabo procedimientos odontológicos de diagnóstico y tratamiento, el tiempo debe ser corto

Pero para la aplicación de cualquier técnica de manejo de conducta, debe de ir desde un análisis por parte del Cirujano Dentista de acuerdo el desarrollo psicológico del niño, la clasificación de la conducta que presente y que variables influyen en su comportamiento.

El consentimiento informado es necesario acompañado de la explicación de los procedimientos a realizar en forma detallada. Incluso de la no cooperación del mismo al tratamiento y por ende la explicación de tratamientos invasivos al padre o tutor.

Por lo consiguientes los niños que no respondan a las técnicas básicas de modificaciones conductuales serán candidatos para ser atendidos con técnicas avanzadas y en caso de no cambiar la conducta serán referidos con un especialista en odontopediatra.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poza Díaz MP, Valenzuela Moreno M, Becerra Alcantara D. Guía clínica, trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Secretaria de salud, México: 2012.
2. Vazquez J, Cardenaz E, Ferria M, Benset C, Palacio L, Peña Furia. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México. Instituto Nacional e Psiquiátrica. Ramón de la Fuente; 2010.
3. Quijano-Villavicencio GM, Valdivieso-Vargas Machuca M. Déficit de atención e hiperactividad: un reto para el odontopediatra. Rev Estomatol Herediana. 2007;17(1):40-43.
4. Macía A. TDAH en la infancia y la adolescencia concepto, evaluaciones y tratamientos. Madrid:Pirámides;2012.
5. Fernández Pérez M, López MM. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje!. Rev Pediatr Aten Primaria. 2004; 6:421-432.
6. Sandoval de Escurdia J, La salud mental en México, servicio de investigación y análisis, División de política social, DPS-ISS 03 2005. México DF.
7. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Publica Mex 2002.
8. Fernández A, Calleja B. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar. Disponible en : http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/medicina/trast_por_deficit_de_atencion_y_%20hiperactividad.pdf .Google
9. Higuera RF, Pella CVM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Revisión de conocimientos actuales. Act Med Gpo Ang 2004;2 (1) .
10. Sell-Salazar F. Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Rev Neurol. 2003; 37 (4): 353-358.
11. A.H. Friedlande. Fisiología, manejo médico e implicaciones dentales del trastorno de déficit de atención / hiperactividad, vol 2 No 4 , 2007: 219-226
12. Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza A. Planelles P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Ripano; Barcelona; 2011.
13. Koch G. Odontopediatría. Abordaje clínico. Buenos Aires, Médica Panamericana; 2011.
14. Escobar MF. Odontología Pediátrica. Caracas. Amolca; 2004.

15. Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza A. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Barcelona. Ripano; 2011.
16. Catellano Suarez J, Díaz Guzmán L, Gay Zarate O, Medicina en odontología, Manejo dental de paciente con enfermedades sistémicas. Ed, Manuel moderno , 2002.
17. McDonald R, Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995.
18. Pinkham JR. Odontología pediátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
19. Guedes-Pinto A. Rehabilitación bucal en odontopediatría. Caracas: AMOLCA; 2003.
20. Cameron A, Widmer R. Manual de odontología pediátrica. Madrid. Harcourt; 1998.
21. Nahas Pires Corrêa MS. Odontopediatría en la primera infancia. São Paulo: Santos;2010
22. Pinkham J, Casamassimo P, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. Pediatric Dentistry. Infancy through adolescence. 4ª ed. Mosby 2005.
23. Bordoni N, Escobar A, Castillo MR. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
24. Olvera MN, VM. Desarrollo de la personalidad del niño y la relación con su comportamiento dentro del consultorio dental, Tesis licenciatura en cirujano dentista, ENEP Zaragoza. UNAM.
25. Amerongen E, Jong-Lenters M, Marks L, Veerkamp J. Case reports in Pediatric Dentistry. Berlín: Quintessence Publishing; 2009.
26. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Clinical Guidelines: 2011;36:6:179-191
27. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on medically necessary care. Pediatr Dent 2015; 37:18-22
28. Andlam R. Manual de odontopediatría. México DF. Interamericana:1994 .
29. Carrión J, Perea B, Martín A, Labajo E. Actualización en el empleo de Benzodiazepinas en Odontología. Cient Dent 2007
30. Kthieen Stassen Berger. Psicología del desarrollo infantil y adolescente. Buenos Aires. Medica Paramericana;2004
31. Scully C, Welbury R, Flairz C, Paes de Almeida O. A color atlas of orofacial health & disease in children and adolescents. 2a. ed. Londres. Martin Dunitz; 2002.

32. Fragoso A. Estomatología del recién nacido. México: INPER; 1998.
33. Porter S, Scully C, Welsby P, Gleeson M. Clinicolor: Medicina y cirugía para odontólogos. Hong Kong: Churchill Livingstone; 1993.
34. Rock W, Grundy M, Shaw L. Ilustraciones diagnósticas en odontología pediátrica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1989.
35. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
36. Davis J, Law D, Lewis T. An atlas of pedodontics. Filadelfia: W. Saunders; 1981.
37. Laskaris G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Caracas: AMOLCA; 2000.
38. Langlais R, Miller C. Color atlas of common oral diseases. Filadelfia: Lea & Febiger; 1992.
39. Scully. A color atlas of orofacial health and disease in children and adolescents. Londres: Martin Dunitz; 2002.
40. Rojas N. E. Guía de pacientes con hiperactividad. Disponible en : http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Hiperactividad.pdf.google.