



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ABORDAJE CLÍNICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES
CON TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
DURANTE LA CONSULTA DENTAL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

FERNANDA CARRASCO FRANCISCO

TUTOR: Mtro. JORGE PÉREZ LÓPEZ

Responsable de área del Seminario de Odontopediatría

Esp. Alicia Montes de Oca Basilio  15 ene 24

MÉXICO, Cd. Mx.

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a mis padres, Mario y Patricia, de quienes he recibido gran apoyo, que con sacrificios y esfuerzo han luchado para que nunca me falte nada, por convertirme en una persona de bien y por enseñarme que todo sale bien si yo confío en mí y doy mi mayor esfuerzo.

Agradezco a mis hermanos Laura y Mario, quienes son mi ejemplo a seguir, que han motivado día con día a seguir y nunca rendirme hasta lograr lo que quiero y que sé que siempre podré contar con su apoyo.

Agradezco a mi tutor, el Mtro. Jorge Pérez López por su gran dedicación a la hora de enseñar, en la cual transmite la pasión que tiene por la Odontopediatría, por confiar y haber dedicado parte de su tiempo a orientarme para que este trabajo fuera posible.

Agradezco a mis pacientes de la Facultad de Odontología, por haber confiado su salud en mis manos y contribuir considerablemente a mi aprendizaje y conocimiento.

Agradezco a Shilo, por enseñarme un amor leal y por ser mi apoyo emocional en todo momento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. ANTECEDENTES	6
2. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	6
2.1 DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	7
2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	8
2.3 ASPECTOS ETIOLÓGICOS Y FACTORES DE RIESGO	9
2.4 EVALUACIÓN	10
2.5 TRATAMIENTO	11
2.6 PREVALENCIA	12
3. ACTITUD DE LOS PADRES DURANTE LA CONSULTA	13
3.1 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DE LAS TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL	15
3.2 MANEJO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	17
4. ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON TND.....	19
4.1 CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO.....	20
4.2 ESTADOS EMOCIONALES MÁS FRECUENTES DEL PACIENTE CON TND DURANTE LA CONSULTA DENTAL.....	21
4.3 TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO	22
5 ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON TND	36
5.1 CIRUJANO DENTISTA DE PREGRADO Y SU ACTITUD	37
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicológicos pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, desde la niñez, pueden afectar de manera considerable en muchos aspectos de la vida, se debe tener conocimiento de ellos para así poder manejarlos y tratarlos desde casa hasta en otros lugares como en la escuela, etc.

El trastorno negativista desafiante (TND), también conocido como trastorno de oposición desafiante (TOD), se caracteriza principalmente por la presencia de un comportamiento hostil, una actitud desafiante e irritable poco cambiante presente en niños y adolescentes.

Durante la consulta dental, al verse reflejadas este tipo de acciones en el paciente y no ser controladas, puede repercutir considerablemente de manera negativa al momento de realizar algún tratamiento, es por eso que se debe tener conocimiento del trastorno y cómo manejarlo para así poder establecer un buen control sobre el paciente, a la vez que una buena relación con los padres o tutor.

Debe de haber un vasto conocimiento por parte de los padres o tutor, acerca de las técnicas de manejo y modificación de la conducta del niño que se puedan o no usar a lo largo de la consulta dental para poder tener un buen manejo del paciente y efectividad en los tratamientos, dichas técnicas deben ser elegidas de manera meticulosa con respecto a cada necesidad y cada tipo de paciente, es por ello que también se toma en cuenta la enseñanza de las mismas en los estudiantes de pregrado, quienes deben de estar completamente capacitados para poder llevar a cabo un correcto manejo de este tipo de pacientes.

Otro factor a considerar es la aceptación de los padres de todas aquellas técnicas que puedan usarse con los niños y debe de establecerse por medio del consentimiento informado la aceptación de ellos para poder llevar a cabo dichas técnicas.

1. ANTECEDENTES

La psicología pediátrica o de salud infantil, se enfoca en el bienestar psicológico y físico de los niños, atendiendo los factores conductuales y emocionales, así como las enfermedades mentales. ¹

Durante la infancia las alteraciones de conductas suelen causar un daño significativo tanto en los niños como en su entorno familiar y el ámbito educativo, teniendo un deterioro social y académico que puede causar cierta posibilidad de padecer algunos otros trastornos psiquiátricos, como trastornos de alimentación, afectivos, de ansiedad, puede inducir al consumo de sustancias dañinas para la salud y puede incrementar comportamientos antisociales a futuro. ^{2,3}

El estado de salud en un niño y adolescente influye por el resto de su vida, lo que sucede en una etapa de vida, repercuten la siguiente, es por eso que lo que ocurre en los primeros años afecta a la salud y el desarrollo de los adolescentes, que, a su vez, repercuten la salud en la edad adulta e incluso en salud y desarrollo de las siguientes generaciones. ⁴

2. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

El trastorno negativista desafiante, es un comportamiento en el cual se pueden presenciar, actitudes de desafío, hostilidad y desobediencia por parte del niño o adolescente, hacia figuras que sean autoridad para ellos. ^{5,6}

El TND también es considerado uno de los motivos principales más frecuentes de consulta clínica de salud mental a edades tempranas, dentro de la infancia y adolescencia. ⁵

En base a dos sistemas de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10; OMS, 1993) podemos definir al Trastorno Negativista Desafiante (TND) como un comportamiento caracterizado por persistente enfado, irritabilidad y actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, hacia alguna figura de autoridad o personas de su entorno. ^{2, 6, 7}

Este comportamiento se puede percibir ante la interacción con otro individuo, este trastorno es caracterizado por la ausencia de conductas agresivas y antisociales más graves, las cuales pueden estar relacionadas ya con un trastorno de conducta. ⁷

Suele presentar gran disfuncionalidad en muchas actividades cotidianas, que van generando repercusiones permanentes en caso de no ser atendido de manera temprana. ⁵

2.1 DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

No hay alguna herramienta o escala específica para poder diagnosticar, sin embargo, se debe tomar en cuenta el tiempo en el cual se presenta dicho alteración o comportamiento problemático, un ejemplo podría ser el no poder controlar su temperamento. ^{2, 6}

La quinta edición Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) menciona que los niños que padecen dicho trastorno requieren que cuatro o más de los síntomas se manifiesten durante al menos seis meses. Dichos síntomas deben presentarse en un nivel mayor a lo esperado en niños de su edad y nivel

de desarrollo similar, también deben tener un impacto negativo en áreas importantes del desarrollo, como son el área social, educativa y el entorno familiar.^{2, 6, 7} (Tabla 1)

DOMINIO	SÍNTOMAS
Enfado/irritabilidad	<input type="checkbox"/> Perder la calma. <input type="checkbox"/> Estar susceptible o molestarse con facilidad. <input type="checkbox"/> Enfado y resentimiento.
Discusiones/actitud desafiante	<input type="checkbox"/> Discusiones frecuentes con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y adolescentes. <input type="checkbox"/> Desafiar activamente o rechazar el satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. <input type="checkbox"/> Molestias frecuentes. <input type="checkbox"/> Culpar a los demás por errores propios o mal comportamiento.
Hiriente/vengativo	<input type="checkbox"/> Ser rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Tabla 1. Síntomas y sus categorías.¹

Para realizar el diagnóstico de un TND debe descartarse que ya haya presencia de un Trastorno de Conducta.¹

2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La 23a edición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española menciona que, el “comportamiento” se refiere a la manera que tienen las personas de comportarse y la “conducta” es la manera en que alguien actúa ante situaciones de la vida común.

Las alteraciones en el comportamiento, no necesariamente tienen que ser trastornos mentales, sin embargo, es de gran importancia el saber diferenciar cuando son trastornos o enfermedades mentales y cuándo no para poder tener un diagnóstico preciso para lograr un tratamiento que favorezca la evolución del paciente pediátrico a lo largo de su atención.⁶

Existe una relación entre el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Conducta (TC) los cuales han tenido como objeto de debate si deben ser considerados como trastornos separados, o como un trastorno único mediante a sistemas de clasificación existentes, el DMS 5 señala que el TND es considerado como un precursor del TC ya que posee características más suaves que este. Sin embargo, la mayoría de los niños diagnosticados con un TND no desarrollan posteriormente un TC. ^{1, 2, 6, 7}

2.3 ASPECTOS ETIOLÓGICOS Y FACTORES DE RIESGO

No se han identificado causas específicas determinantes del TND, sin embargo, se han encontrado algunos factores de riesgo asociados a dicho padecimiento los cuales se describirán a continuación. ^{5, 6}

Genética: Algunos factores genéticos contribuyen a la formación de la conducta, por lo tanto, es significativo en el desarrollo de los síntomas del TND, esto basado en informes de los progenitores.

Edad de inicio: De síntomas antisociales, dependiendo de si comienzan en la infancia y persisten en la adolescencia a si comienzan en la adolescencia, ya que los primeros presentan peores resultados con la evolución del trastorno al llegar a la etapa adulta.

Temperamento: Aspectos como irritabilidad, impulsividad, intensidad, reacción a estímulos negativos, entre otros, contribuyen a desarrollar un patrón de comportamiento negativista desafiante, estos se presentan desde la infancia temprana. ^{2, 6}

Influencia de pares: Los niños que presentan conductas negativistas tienden a relaciones problemáticas con sus pares, ya sea por medio del

rechazo hacia ellos por parte de sus compañeros o relacionarse con niños de su mismo tipo, sobre todo en el ámbito escolar. ⁶

Rasgos insensibles y carentes de emociones: Se caracteriza por una capacidad muy pobre del reconocimiento de las emociones, en la expresión facial, no todos los niños con trastorno de conducta lo poseen, sin embargo, quienes lo presentan suelen ser niños con problemas de conducta más graves que otros. ^{5, 6}

Entorno: La desventaja social, así como la baja economía y el ver o ser víctimas de violencia en alguno de los ámbitos de desenvolvimiento afectan en la conducta. ^{4, 6}

Factores familiares: Los entornos de mayor prevalencia son a nivel familiar, suelen ser los más evidentes ya que son aquellos que reciben estrategias negativas de crianza, algún trauma ocurrido, negligencia o abandono parental, entre otras cuestiones, en general el comportamiento de los padres hacia los hijos y su influencia sobre ellos es mayor.

Factores escolares: Al igual que en los familiares, en el ámbito académico se puede obtener, sobre todo en la niñez, gran parte de aprendizajes, en cuanto a valores, actitudes y creencias, además es donde se implementa la convivencia y relación con más personas ajenas al núcleo común. ^{6, 7}

2.4 EVALUACIÓN

Se pueden evaluar los síntomas a partir de los 5 años de edad en un niño, existen varios métodos en los cuales nos podemos ayudar para un correcto diagnóstico. ^{4, 6}

Basado en la integración de información obtenida de los padres, del niño y en algunas ocasiones de los educadores, también por medio de exámenes clínicos, entrevistas directas, entre otros medios. ^{2, 4, 6}

Hacer una evaluación para ver si existe algún otro problema psiquiátrico involucrado, por lo regular suele estar acompañado de TDAH. ²

Se evalúan los factores de riesgo anteriormente mencionados, a nivel escolar, familiar y comunitario, ya que los niños con problemas de conducta antisocial suelen provenir de ambientes no favorecedores, es importante indagar más sobre los factores que mantienen o incrementan esta condición, se debe también tomar en cuenta el desempeño escolar debido a que cuando un niño presenta hiperactividad o problemas de lectura, puede ser más propenso a manifestar conductas oposicionistas en la escuela. ^{6, 7}

2.5 TRATAMIENTO

En 2008, Moffitt y Scott señalan que los tratamientos van a realizarse dependiendo de las necesidades del niño y su familia, los comportamientos que se manifiesten de manera predominante en el hogar son manejados de una forma más eficiente y específica, los problemas de mayor magnitud requieren trabajo individual y más intensivo. ^{6, 8}

Entrenamiento parental en el manejo de conductas: enseña a los padres a identificar aquellas conductas problemáticas y aplicar técnicas de castigo y refuerzos para incentivar comportamientos deseados y disminuir los comportamientos no deseados. ^{6, 7, 8}

Enfoques alternativos: Enfatizan el apego y la relación padre hijo, al plantear estrategias de intervención, considerando las repercusiones que

puede tener un apego desorganizado al recibir dichas recompensas o castigos. Además, puede haber un cambio notorio en el ámbito social, mejorando la relación con padres, hermanos, compañeros y comunidad en general. Se toman en cuenta creencias e ideas de los padres respecto a la crianza del niño, que pueden interferir durante el tratamiento.

Intervención basada en la escuela: se pueden adecuar herramientas adicionales para mejorar el comportamiento en el aula, con el objetivo de promover la aceptación y adherirse a las reglas del aula y conductas aceptadas, prevenir comportamiento problemático u opositor y apoyar la resolución de conflictos.

Terapia individual o manejo de ira: se centra en las habilidades de afrontamiento, enseñándole al paciente a establecer los estreses como problemas modificables que pueden ser manejadas y controladas mediante la afrontamiento y uso de habilidades.

Terapia farmacológica: no existe evidencia en cuanto a efectividad de algún medicamento para el TND, sólo pueden ser aplicables en los niños con TDAH por medio de estimulantes que mejoran la conducta y los síntomas de posición. Como todo medicamento, se debe de informar a los padres del niño las razones por las cuales se administra, efectos secundarios potenciales o adversos y se deben de acordar previamente los objetivos del tratamiento y sus efectos deben ser revisados regularmente. ⁶

2.6 PREVALENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) estima que aproximadamente 20% de niños y adolescentes en el planeta padecen alguna

enfermedad mental discapacitante y casi la mitad de los trastornos mentales que poseen personas adultas dieron inicio antes de los 14 años de edad. ⁹

Los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes entre niños y adolescentes son TDAH, trastornos de conducta, epilepsia, discapacidad, intelectual, abuso de sustancias y enfermedades depresivas. ¹⁰

En cuestiones generales, la prevalencia del trastorno negativista desafiante es de 5.6% dentro del género masculino de 6.8% dentro del género femenino 4.3%, con respecto a la educación secundaria 6.2% y educación primaria 5.3%.

No se ha encontrado alguna diferencia significativa con respecto a la edad ni zona sociodemográfica, sin embargo, se sabe que este es un factor a tomar en cuenta cuando existe este tipo de trastornos.

Los casos considerados de mayor gravedad y que presentan este trastorno son aquellos que obtienen peores resultados académicos, globales, poseen una menor habilidad matemática y de comprensión lectora, así como de expresión escrita, y de igual forma presentan una peor conducta en clase con respecto a la sus demás compañeros, con los que la relación es muy problemática e inestable, no siguen el cumplimiento de las normas, suelen hacer interrupciones constantes durante las clases y hay un gran problema con el cumplimiento de las tareas académicas. ⁵

3. ACTITUD DE LOS PADRES DURANTE LA CONSULTA

Cuando se habla de la presencia de los padres durante la consulta dental, también habla sobre la actitud y el comportamiento que siguen dentro del

consultorio con respecto al tratamiento a realizar con los hijos y considerando la influencia que tienen hacia estos. ^{11, 12}

Tanto las actitudes del paciente como las actitudes de los padres tienden a ser cambiantes de forma constante y se pueden ir modificando por medio de cada situación que se vaya presentando, e incluso con los métodos de modelamiento en la conducta.

Cox, Krikken y Veerkamp realizaron un estudio en el año 2011, acerca de la influencia de los padres sobre el comportamiento de los pacientes pediátricos dependiendo de si se encuentran dentro o fuera del lugar donde se atienden a los pacientes.

Como resultado se obtuvo que el comportamiento del niño puede ir mejorando cuando los padres no se encuentran ahí, debido a que cuando se encuentran cerca de ellos se puede generar un ambiente más tenso o incrementar algunas sensaciones de ansiedad, miedo y nerviosismo en los menores. ¹¹

Otro estudio, establece que se obtienen mejor resultados cuando los padres se encuentran ausentes físicamente a partir de la segunda visita al consultorio o clínica dental, pues a partir de ese momento ya no es necesario que se encuentren dentro del lugar donde se atenderá al menor a diferencia de la primer visita que es en la que se hace llenado de consentimiento, presentación del paciente y demás donde el diálogo debe ser establecido entre las 3 partes, posteriormente a ello ya no es necesaria la presencia de los padres ya que en ocasiones puede perjudicar la conducta y acciones del paciente en una forma negativa y puede ser perjudicial durante el tratamiento dental. ^{13, 14}

3.1 CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DE LAS TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL

La percepción de los padres con respecto a las técnicas de manejo y modificación de la conducta ha sido uno de los factores más importantes que influyen en la aceptabilidad para la ejecución de las técnicas aplicadas en la consulta odontológica, de igual manera, existen ciertas variables como la condición socioeconómica y ansiedad parental que influyen sobre la actitud de los padres al realizarles dichos procedimientos a sus hijos.^{11, 12}

Dentro del manejo de la conducta dental pediátrica, las cuestiones éticas y legales relacionadas a las técnicas usadas, es un tema de preocupación, gracias a que los padres al no tener el conocimiento previo de dichas técnicas y métodos, es probable que al ser estas ejecutadas, lo vean como un acto invasivo hacia el paciente.

A pesar de que se dispone de poca información referente a cómo informar de una manera correcta a los padres e irlos manteniendo al tanto, acerca de dichas técnicas, es indispensable que el odontólogo utilice la forma que más se adapte para así poder proporcionar a los padres la información adecuada acerca de los procedimientos a realizar.

Con base en análisis presentados en la literatura por Keith D., se ha mostrado que el mejor método de presentación de las técnicas tradicionales de manejo de conducta, es la oral o verbal, en la cual se puede brindar información detallada para así poder establecer que método es el adecuado para usar, garantizando que el padre o tutor se sienta informado y que pueda estar de acuerdo con el odontólogo, aceptando dicho método, la información puede ser otorgada ya sea por el odontólogo o el personal dental y la explicación debe tener una duración de 10 minutos aproximadamente.¹³

Existen más métodos de presentación de las técnicas de manejo, unos más gráficos que otros, como es por medio de videos, en el cual sirve para ahorrar tiempo entre explicaciones, pero repercute en responsabilidad legal ya que la información que hay en dichos videos puede no ser la adecuada, es por esto que en el análisis realizado los padres se sintieron mejor informados sólo con las técnicas menos invasivas. ¹³

De igual forma se encuentra el método escrito, el cual es útil, sin embargo, es considerado el peor para brindar los datos a los padres ya que a pesar de poder tener la misma información tanto el método escrito como el oral, existe un problema al transferir el contenido ya que se debe de asegurar que haya comprensión total del tema por parte de los padres de toda la información escrita y otorgada por el odontólogo. ¹³

Es importante informar a los padres acerca de cada técnica para poder consentir, además de qué se puede tomar como una oportunidad de educación para padres con respecto a sus hijos y no sólo como un requerimiento legal para evitar litigios. ^{13, 14}

Existen muchas dudas, acerca de la percepción y el grado de aceptación de los padres sobre el manejo del comportamiento por factores intrínsecos como edad del paciente, tipo de padre o tipo de procedimiento que se realizará como factores externos, como ejemplos tenemos a las características socioeconómicas y culturales. ¹⁴

Hay que tomar en cuenta algunas otras variables que pueden ser determinantes en la aprobación o no del manejo de dichas técnicas como las experiencias dentales previas con alguna técnica de manejo, ya sea positiva o negativa que puede afectar al consentimiento, independientemente de cómo se haya otorgado la información. ^{13, 14}

Otro factor que puede influir en la decisión de los padres puede ser el sexo de los mismos, puesto que, en mujeres por lo regular, se limitan en la aceptación de ciertas técnicas, a diferencia de los hombres, que presentan mayor tolerancia con técnicas más invasivas en la mayoría de los casos.¹³

3.2 MANEJO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado está constituido por dos componentes, el primero, en el cual se da toda la información acerca de lo que se va a realizar, y el cómo se llevará a cabo, dicha información debe ser clara y se realiza mediante una comunicación recíproca.

El segundo es la expresión escrita de lo explicado anteriormente, debido a que en cualquier requerimiento legal en caso de que se necesiten para alguna situación pruebas de que se brindó el consentimiento correctamente por parte del odontólogo y que los padres están conscientes de ello, se pueda comprobar por medio de la documentación escrita y firmas del padre o responsable a cargo del paciente menor de edad y por el odontólogo.¹³

Durante la década de 1970 surgió el estándar del consentimiento para el tratamiento dentro de la comunidad profesional, siendo una transformación importante en la relación de los profesionales del cuidado de la salud y sus pacientes, previamente a esto era suficiente. Si el paciente firmaba solamente un acuerdo para ser tratado.

Dicho consentimiento para el tratamiento requería que un profesional diera a su paciente. La información previa al tratamiento a realizar, posteriormente se da la opción de aceptaron el tratamiento respecto hacia

recibido o no toda la información para una toma de decisión. Siendo este un sistema casi único en los países de primer mundo. ¹⁵

Con la evolución de esto, hoy en día es de suma importancia que explicar detalladamente los procedimientos y riesgos potenciales al igual que los beneficios y consecuencias, estableciendo un pronóstico y plan de tratamiento adecuado en el que tanto el odontólogo como el paciente estén de acuerdo.

El responsable de dar el consentimiento informado tiene que ser el odontólogo, y es extremadamente importante que se establezca una comunicación clara entre el profesional y el tutor, al igual que con el paciente, en ocasiones puede brindarse información por parte del demás equipo de trabajo para poder brindar al odontólogo un mayor tiempo de trabajo, a pesar de ello, el responsable sigue siendo el mismo. ¹⁵

Hoy en día, el número de demandas aumentado considerablemente, lo cual ha sido reportado por la CONAMED en el año de 1999; gracias a esto es importante que el odontólogo esté preparado para ejercer de manera responsable, sabiamente y tener la capacidad de atender las preocupaciones y demandas y debe hacer un correcto consentimiento informado en el cual se establezcan las técnicas de manejo de la conducta para así poder prevenir de una manera más efectiva y que se encuentra legalmente protegido mediante el documento que puedan pararlo de cualquier problema legal. ¹⁶

Finalmente, se debe agregar un apartado donde se haga una anotación acerca de la comprensión del padre, y su acuerdo con el consentimiento, esta debe de terminar con una pequeña leyenda en el que se afirme lo anterior, plasmándose también en ese mismo apartado alguna otra información significativa. ¹⁵

Cuándo se tratan niños dentro de un consultorio dental, el determinar quién tiene su autoridad legal para poder firmar y otorgar el consentimiento informado, es algo que el profesional debe saber por su propia protección, dicha información la puede obtener por medio de obtención de información acerca de su condición familiar y de quién es el tutor legal del menor, en caso de ser la segunda opción, se sugiere pedir una copia de la orden de los tribunales que haga referencia a la custodia o estatus del tutor legal. ¹⁵

Un punto importante es que el consentimiento puede ser retirado por el padre durante el tratamiento y el profesional debe obedecer a ello interrumpiendo el procedimiento en desarrollo llevándolo a una conclusión donde se puede encontrar fuera de peligro. ^{15, 16}

Cuando se establece el uso de ciertas técnicas de manejo del paciente deben ser descritas dentro del consentimiento informado y se debe asegurar el odontólogo de que el padre o tutor adquiera un conocimiento pleno de todas y cada una de las que se puedan usar, de igual forma se deben usar las palabras correctas para la descripción de las mismas ya que de no ser así se pueden presentar acciones legales respecto a la mala comunicación. ^{15, 16, 17}

4. ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE CON TND

Es muy importante tener las consideraciones necesarias para poder atender a un niño o adolescente, el cual tiene problemas de conducta ya que los resultados del trato que se les dé repercutirán hasta su etapa adulta. ^{4, 18}

Además de la importancia de tener un óptimo manejo dental en este tipo de pacientes, el tratamiento adecuado durante esta etapa puede traer beneficios como contribuir de una manera oportuna a la detección de los

factores de riesgo causantes del desarrollo de algún problema de conducta más severo o trastorno mental, lo cual nos ayuda en la toma de decisiones en el ámbito preventivo, puede haber un impacto positivo en el medio social. ^{6, 18}

Existen varios métodos para controlar el comportamiento a lo largo de una consulta de odontopediatría, dichos métodos están centrados en evitar conductas desagradables o que puedan perjudicar los resultados del tratamiento o que afecten al niño de forma permanente generando algún trauma, también para crear un ambiente en el que le sea fácil al niño acceder y desarrollar actitudes positivas frente al cuidado dental en un futuro próximo y a largo plazo. ^{19, 20}

Las técnicas de modificación de la conducta son aquellas herramientas que ayudan a mantener o generar comportamientos óptimos y deseables o incluso para incrementar y reducir una conducta determinada, observable, medible en el paciente infantil para que de esta manera muestre colaboración ante el tratamiento odontológico. ²⁰

Cuando se vuelve incapaz para un dentista el poder atender a un niño debido a su mala conducta y que no cede ante varios intentos de aplicación de técnicas de manejo y modificación de la conducta, es mejor aplicar un aplazamiento selectivo, lo cual es posponer el tratamiento hasta que el niño pueda comportarse tiempo después. ¹⁵

4.1 CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Para poder tener un buen manejo del comportamiento, se requiere una evaluación del paciente; esta se hace de manera global y sirve como orientación para evaluar y clasificar a los niños por medio de una escala, conocida como escala de Frankl, la cual es utilizada frecuentemente en

trabajos de investigación, dicha escala fue desarrollada por Frankl, Shiere y Fogels en 1962 y ha sido usada desde entonces hasta la actualidad.²⁰

Dicha clasificación se divide en cuatro tipos, los cuales se describirán a continuación.²⁰ (Tabla 2)

Tipo 1	Definitivamente negativo: Son aquellos pacientes que rechazan el tratamiento, gritan fuertemente, están temerosos o tienen otra evidencia de negativismo extremo.
Tipo 2	Negativo: Son pacientes que difícilmente aceptan el tratamiento, no cooperan, tienen algunas evidencias de actitudes negativas, pero no muy marcadas. Se presentan ariscos o lejanos.
Tipo 3	Positivo: Aceptan el tratamiento, a veces cautelosos muestran voluntad para obedecer las órdenes del dentista, con cierta reserva, pero siguen las indicaciones. Son pacientes que tienen un elevado nivel de ansiedad, lo que les impide su cooperación.
Tipo 4	Definitivamente positivo: Niños que mantienen una armonía en la relación con el dentista, se interesan por los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta la situación.

Tabla 2. Clasificación de la conducta según la escala de Frankl.²⁰

Con base en la clasificación anterior, se establece que los niños que padecen Trastorno Negativista Desafiante se encuentran en la clasificación de Frankl Tipo 1 y tipo 2, puesto que rechazan el tratamiento y sus características se ven relacionadas a las propias del trastorno.^{1, 20}

4.2 ESTADOS EMOCIONALES MÁS FRECUENTES DEL PACIENTE CON TND DURANTE LA CONSULTA DENTAL

Llevar un manejo adecuado de las emociones del niño, durante la consulta odontológica requiere de procesos, enseñanzas y aprendizaje para así lograr mantener una colaboración a lo largo del tratamiento.¹⁷

Para manejar cada una de las emociones del niño, existen muchas variables ya que no hay una situación específica que se pueda presentar entre un paciente y otro, siempre son cambiantes ya que cada caso es diferente. ¹⁷

En particular, el paciente con trastorno negativista, desafiante, cursa con algunas emociones propias del trastorno, como son enojo, irritabilidad, incomodidad, agresividad, resentimiento, ansiedad y miedo.

Las conductas que caracterizan al trastorno son esperadas naturalmente en determina etapa del ciclo evolutivo de un niño, así que el trato y control de cada una de estas emociones se puede dar por medio de los métodos y técnicas de manejo del paciente comunes aplicables en cualquier paciente común. ^{18, 19} (Figura 1)



Figura 1. Expresiones físicas del paciente negativista desafiante. ²¹

4.3 TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

El manejo de la conducta en un niño dentro del consultorio dental es un aspecto crítico durante cualquier procedimiento. ^{13, 22}

El odontólogo, no se enfoca solamente en el cómo se realizan los tratamientos, sino que también hay una variedad de preocupaciones al momento de lidiar con conducta de los niños ya que algunos pueden necesitar más ayuda que otros para que haya cooperación, es ahí donde el odontólogo tiene como misión guiar a los niños a través de una experiencia dental positiva y formar un ámbito agradable y confiable para ellos. ^{13, 22}

Actualmente se utilizan diversas técnicas de manejo de la conducta del paciente, las cuales pueden ser farmacológicas y no farmacológicas. ²⁰

A continuación, se mencionarán algunas técnicas que se pueden aplicar para tener un control sobre la conducta del paciente pediátrico y posteriormente se resaltarán aquellas que sean aplicables sobre aquellos pacientes con trastorno negativista desafiante. ^{15, 20, 22} (Tabla 3)

TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS	
Técnicas por medio de la comunicación	<input type="checkbox"/> Decir-mostrar-hacer <input type="checkbox"/> Control de voz <input type="checkbox"/> Comunicación no verbal
Modificación de conducta	<input type="checkbox"/> Refuerzo positivo <input type="checkbox"/> Refuerzo negativo <input type="checkbox"/> Modelado <input type="checkbox"/> Desensibilización
Restrictores de movimiento	<input type="checkbox"/> Mano sobre boca <input type="checkbox"/> Inmovilización protectora
TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS	
	<input type="checkbox"/> Sedación consciente <input type="checkbox"/> Anestesia general

Tabla 3. Técnicas de manejo de la conducta. ^{15, 20}

Técnica Decir-mostrar-hacer: Es la técnica más común y empleada en odontopediatría ya que brinda seguridad sobre el uso del instrumental durante el tratamiento, en esta técnica se explica al paciente por medio de un

lenguaje adecuado para la edad y comprensión de este, lo que se realizará, para así reducir su ansiedad y temor, se muestra o enseña por medio de materiales didácticos una representación ficticia de lo que se realizará con ellos y finalmente se ejecuta el tratamiento tal y como se le fue explicado al paciente previamente. ^{15, 22}

Se indica en cualquier niño que posea madurez psicológica y capacidad de comprender lo que se esta diciendo y poder acatar órdenes, se puede usar como primera opción en cualquier niño sin importar su grado de cooperación. ¹⁵ (Figura 2)

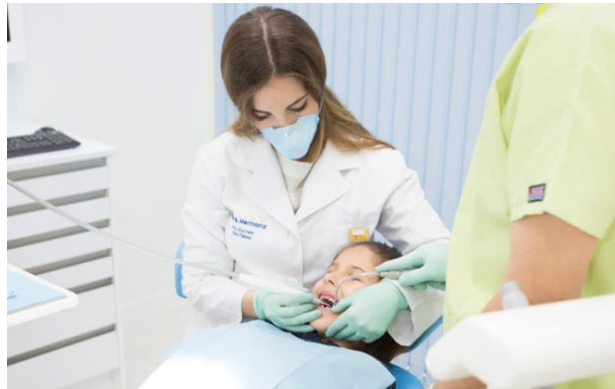


Figura 2. Técnica decir, mostrar, hacer. ²³

Control de voz: Se realiza una modificación con el tono y volumen de la voz, al igual que la velocidad, se realiza cuando se presentan situaciones en los que se observa una conducta incontrolable con llanto, movimientos bruscos de las extremidades y gritos, se realiza con el objetivo de establecer autoridad al paciente y tener buen control sobre el sin necesidad de invadir de forma física, para evitar el comportamiento rebelde, el cual pretende manipular o cuestionar la autoridad. No se debe confundir con gritar al paciente o enfadarse con él. ^{15, 24, 25}

Está contraindicado en pacientes con hipoacusia, que estén diagnosticados con trastornos de neurodesarrollo, los cuales no pueden comprender el concepto de autoridad y en niños muy pequeños, de igual forma cuando los padres no aprueban esta técnica. ^{13, 15, 25} (Figura 3)



Figura 3. Técnica control de voz. ²⁶

Comunicación no verbal: Como su nombre lo indica, modifica el comportamiento por medio de otros elementos, no necesariamente el habla, pueden ser el cambio de expresiones faciales, posturas e incluso el uso del contacto físico al dirigirse con el paciente, tiene el propósito de establecer una buena comunicación y controlar la forma en la que puede percibir las emociones a lo largo de la consulta, está indicada en todos los pacientes, sobre todo en aquellos que no hayan desarrollado bien la comunicación verbal. ²⁰ (Figura 4)



Figura 4. Comunicación no verbal. ²⁷

La modificación de la conducta o del comportamiento se orienta al desarrollo y aplicación de distintas técnicas en las cuales se puede haber un cambio en la conducta de un paciente, dicha conducta específica derivada de la investigación psicológica. ²⁵

La academia americana de odontopediatría establece que hay tres técnicas de modificación de la conducta en el área de pediatría, las cuales son refuerzo, desensibilización e imitación, las cuales serán descritas a continuación. ²⁰

Refuerzo: La teoría del aprendizaje social, menciona que la manera en la que se comporta un niño va a depender de su reacción a las recompensas o castigos establecidos, dentro del consultorio dental, se sugiere la aplicación de estos para conseguir conductas deseables a lo largo de la visita. ²⁰

Se pueden realizar promesas como medio de condicionamiento del comportamiento, las cuales deben ser inmediatas y se deben cumplir, de no hacerlo se destruye gradualmente la confianza del paciente. Existen dos tipos de refuerzos, positivo y negativo. ^{20, 25}

Refuerzo positivo: aumenta la frecuencia de las conductas deseadas y se puede aplicar mediante la modulación de voz, con expresiones faciales, alabanzas verbales, o incluso con demostraciones físicas de afecto, también se puede otorgar algo simbólico y material a través de recompensas. ^{20, 25} (Figura 5)



Figura 5. Refuerzo positivo en el consultorio dental. ²⁵

Refuerzo negativo: genera la repetición de una conducta omitiendo un comportamiento negativo, la cual se aplica por medio de castigos utilizados como medida de sanción a algún comportamiento inadecuado. ²⁰

Con el paso del tiempo, el refuerzo negativo ha ido desapareciendo de la práctica en odontopediatría, ya que se puede generar una modificación del comportamiento en la cual va a disminuyendo la colaboración del paciente, se producen mayor riesgo a traumas, fobias o contribuyendo a conductas agresivas a largo plazo y de igual forma, algunos autores coinciden al contradecir la utilización de esta técnica. ²⁰

Cuándo se está llevando a cabo algún procedimiento con un paciente, el cual posee trastorno negativista desafiante, no es recomendable emplear refuerzo negativo, en caso de ser necesario, se recomienda usar el control de voz para expresar desaprobación, si un niño actúa impidiendo que el

tratamiento siga de acuerdo a lo planeado, el interrumpir el tratamiento y regresarlo con su tutor, puede ser un acto en el cual se refuerza la conducta negativa, por lo tanto, sólo se debería retirar alguna forma de recompensa, evitando mostrar enfado o alguna otra actitud negativa hacia el paciente. ^{20, 25}

Modelado: Se hace mediante observación, ya sea de manera física o por medio de Videos, el paciente puede observar algún ejemplo del comportamiento apropiado que debe de tener dentro del consultorio, se puede hacer mediante personajes u objetos llamativos para los niños. ^{16, 20, 25}

Este método tiene como objetivo el disminuir la densidad del paciente y reforzar algún comportamiento positivo, se genera un buen desarrollo emocional y promueve la comunicación verbal. ^{20, 25}

No hay limitación para cierto tipo de pacientes, sin embargo, en aquellos que sean de corta edad, los cuales no puedan ser capaces de comprender la técnica se recomienda utilizar alguna otra. ^{16, 20, 25} (Figuras 6 y 7)



Figura 6 y 7. Técnica de modelado. ²⁸

Desensibilización: Tiene como objetivo disminuir fobias y miedos en los pacientes que presentan experiencias previas dentro del consultorio

odontológico. Consiste en otorgar métodos de relajación al paciente y presentarles situaciones imaginarias de manera gradual en las cuales se vaya introduciendo poco a poco a alguna acción o situaciones próximas al objeto por el cual se presenta temor. ²² (Figura 8)

Esta técnica promueve la relajación ya que es basada en el principio de inhibición de la ansiedad en el cual se establece que es imposible mantenerse relajado y ansioso al mismo tiempo, puesto que cualquier técnica o método que consiga relajar el cuerpo y la mente ayudará a reducir notablemente la ansiedad. ²⁰



Figura 8. Miedos y fobias. ²⁹

La distracción es uno de los métodos usados para desensibilizar puesto que esta técnica se enfoca en presentar estímulos placenteros o que no sean agresivos o invasivos, con el fin de alejar la atención del niño de una experiencia desagradable para él, reduciendo significativamente la ansiedad y manteniendo una buena actitud. ²⁰

Algunos autores consideran que el manejo de la música como método, relajación y distracción puede ser una ventaja la cual reduce la ansiedad de niños con miedo, pero con buena actitud, aunque señalan algunos que, en pacientes negativistas desafiantes, puede ser inconveniente su uso. ²⁰

Mano sobre boca: Esta técnica ha sido controversial a lo largo de su historia, ya que se usa cada vez menos, fue eliminada desde el año 2006 de las guías sobre el manejo del comportamiento del niño, por la Academia Americana de Odontología, Pediátrica (AAPD) gracias al alto número de problemas éticos ilegales que ha desencadenado en presencia de padres de familia y tutores que han presenciado dicha técnica que es muy invasiva. ^{16, 28}

Consiste en la obstrucción manual de la boca, y en ocasiones de nariz y boca, la cual va a impedir que el niño respire adecuadamente, y por lo tanto va a inhibir el llanto por sofocación, una vez que el llanto haya cesado se retira la mano y se sigue trabajando en boca, se utiliza para establecer autoridad y comunicación sobre el paciente, se aplica en pacientes sanos que tengan desarrollo de la comunicación verbal y potencial de cooperación que presente algún comportamiento desafiante y rebelde. ^{16, 25}

Está contraindicado en pacientes que no sean capaces de cooperar por su corta edad o que tengan alguna discapacidad física, mental, así como poca madurez emocional. ¹⁶ (Figura 9)



Figura 9. Técnica de mano sobre boca. ²⁵

Inmovilización protectora: La inmovilización también se conoce como estabilización por protección y es necesaria en ciertos casos donde se tenga que proteger la integridad física del paciente, el odontólogo y el o los asistentes, Funciona restringiendo la fuerza de los movimientos del paciente para evitar que se lastime con ellos, dicha técnica puede hacerse por el odontólogo, auxiliar, o pueden intervenir los padres, se utiliza un dispositivo especial de restricción, ya sea un papoose board, pedi-wrap o algún otro, para poder realizar un tratamiento de forma segura. ^{13, 16, 25} (Figura 10)



Figura 10. Técnica de inmovilización total. ²⁵

Está indicado en pacientes incapaces de cooperar, que puedan generar lesiones físicas por sus movimientos bruscos menores de edad, que padezcan inmadurez emocional o alguna discapacidad física, no se debe de utilizar con aquellos pacientes que puedan ceder a la participación por ellos mismos con ayuda de alguna otra técnica, tampoco en pacientes más grandes ya que los dispositivos auxiliares no suelen ser tan grandes. ^{13, 16, 25}

También se pueden inmovilizar la boca con ayuda de bloques de mordida o abre bocas. ¹⁶

Existen las técnicas farmacológicas, que pueden ser de gran ayuda cuando los niños no pueden cooperar por su edad o por alguna incapacidad o

condición que se los impida, dichas técnicas deben ser vigiladas en todo momento y el lugar donde se esté realizando debe contar con el permiso y el personal capacitado para realizar este tipo de acciones. ^{13, 16}

Sedación y anestesia general: Es la supresión reversible del estado de conciencia donde también ocurre una pérdida de reflejos y debilidad para poder respirar por cuenta propia. ^{13, 16}

Debe realizarse en por el personal capacitado y en un lugar adecuado y, que posee la infraestructura necesaria para resolver cualquier adversidad que se pueda presentar a lo largo del procedimiento. ^{16, 30}

Se encuentra indicada niños que sean incapaces de cooperar y necesitan que se les haga mucho tratamiento Dental que poseen inmadurez mental o retrasos psicomotor, al igual que en pacientes que se encuentran endémicamente comprometidos donde se requiera un manejo de signos vitales sin alteraciones durante el tratamiento debido a la complejidad de alguna condición que puedan tener, el óxido nitroso también funciona como una alternativa eficaz de la anestesia general. ^{13, 16} (Figura 11)



Figura 11. Técnica de sedación. ³¹

Murphy y Col señalan por medio de un reporte que existe cierta, preferencia por las técnicas no farmacológicas sobre las farmacológicas, puesto que la percepción de los padres va a depender de la urgencia del procedimiento y el tipo de tratamiento que se vaya a realizar. ¹⁴

Se realizó un estudio descriptivo a 81 padres de familia, los cuales fueron seleccionados sin distinción alguna, a los cuales se les entregó una carta de presentación y posteriormente se les mostró un video acerca de cada una de las técnicas de manejo de comportamiento establecidas a continuación, con el fin de evaluar la aceptación y la eficiencia de cada una de ellas. ³² (Figuras 12 y 13)

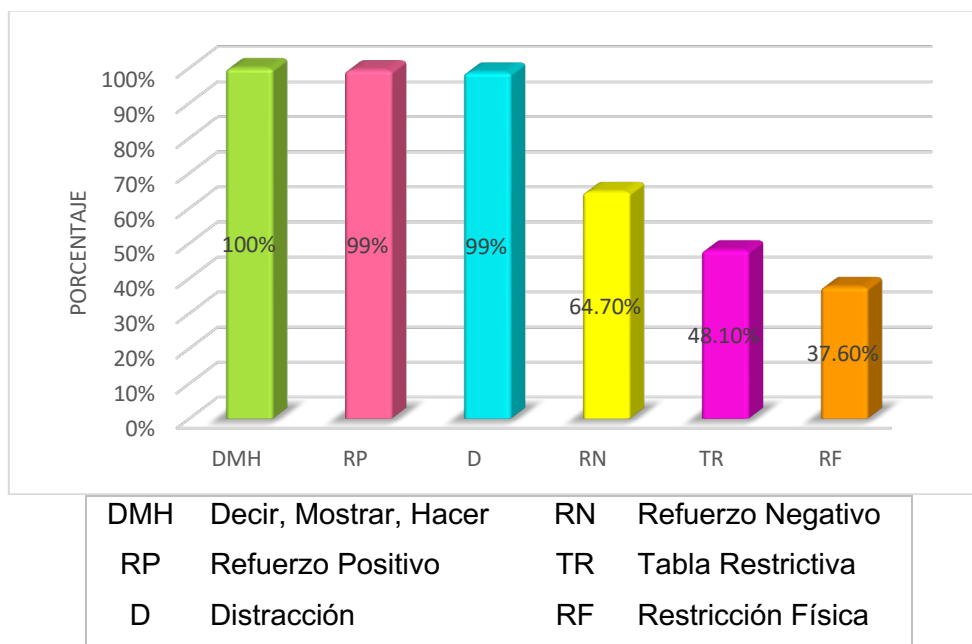


Figura 12. Aceptabilidad de las técnicas de manejo. ³²

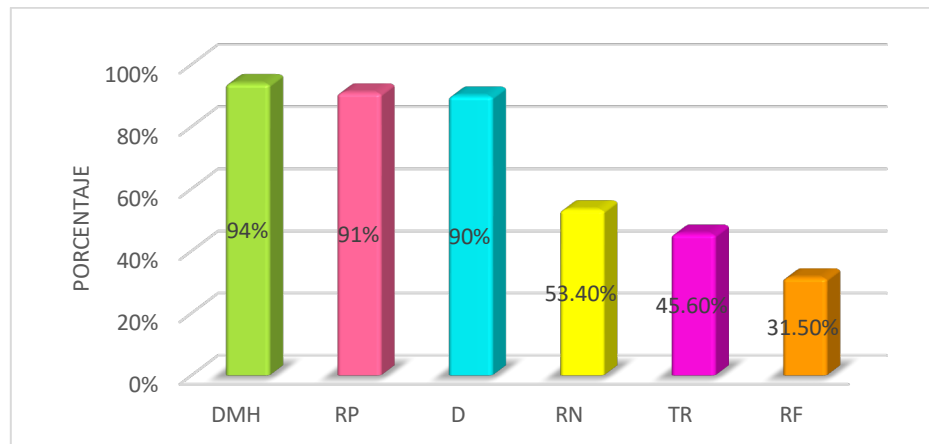


Figura 13. Eficiencia de la técnica de manejo.³²

En términos generales podemos afirmar que la técnica más eficiente y de igual forma más aceptada, es decir, mostrar hacer (DMH), posteriormente refuerzo positivo (RP) y distracción (D), estas tres siendo significativamente las más aceptadas, y por lo tanto más eficientes a diferencia de refuerzo negativo (RN), el uso de tablas restrictiva (TR), y para finalizar restricción física (RF), siendo estas tres últimas, las menos aceptables, y de igual forma menos eficientes durante el tratamiento.³² Figuras 12 y 13

4.3.1 TÉCNICAS ALTERNATIVAS DE MANEJO

Hay pocos reportes en la literatura que se encargan de evaluar el grado de aceptación por parte de los padres de las técnicas de manejo de conducta utilizadas tradicionalmente, así como técnicas alternativas, sin embargo, se sabe que estas se han ido incorporando a la práctica odontológica con el fin de mejorar la comunicación con el paciente pediátrico.^{33, 34}

El rechazo de los padres a algunas técnicas más invasivas o traumáticas, ciertas condiciones éticas y legales, así como cambios sociales y

culturales han obligado a que se incluyan dichas técnicas como coadyuvantes a las técnicas convencionales, no sustituyendo estas, sino utilizándolo como un recurso adicional, dichas técnicas alternativas se describirán a continuación.³⁴

Aromaterapia: Algunos olores promueven efectos positivos a nivel físico y emocional, mediante la liberación de neurotransmisores que inducen relajación, ayudando cuando hay presencia de ansiedad, frecuencia cardiaca y respiratoria elevadas en el paciente.^{24, 34}

Medios audiovisuales: Sirven como distracción elevando estímulos auditivos y visuales y evadiendo los desagradables. Se puede emplear mostrando videos modelo donde se explique lo que se realizará en la consulta dental, para aminorar la ansiedad previa y mejorar el comportamiento.

Musicoterapia: El empleo de la música es útil y fácil de usar, disminuye el estrés tanto en el paciente como el odontólogo. El tipo de música utilizado repercute en el efecto que se desea, se suele poner algo relajante o que sea agradable para el menor.

Hipnosis: Se utiliza para inducir a la relajación, desviando la atención de estímulos externos, dicho método es poco utilizado ya que exige un entrenamiento por parte del odontólogo.

Relajación: Se realiza por medio de ejercicios respiratorios, para reducir la ansiedad y percepción del dolor.

Ludoterapia: Puede aplicarse en cualquier momento de la consulta por medio de juegos con materiales físicos o preguntas sobre experiencias agradables e incluso el empleo de la imaginación mediante historias.³⁴

Dichas técnicas son funcionales cuando existe ansiedad a niveles leves o moderados, en pacientes que tienen trastorno negativista desafiante pueden no ser de mucha ayuda, sin embargo, no tienen repercusiones negativas. ^{20, 34}

5 ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON TND

Anteriormente estaba considerado que el desarrollo psicológico del niño presentaba fases definidas, en estudios más recientes se corrobora que el desarrollo psicológico puede diferir de un niño a otro siendo desigual e influenciado por periodos de cambio corporal rápido. ¹¹

Todos aquellos cambios que acompañan al desarrollo son considerados como indicadores psicológicos los cuales nos presentan un análisis del desarrollo, motor, cognitivo y social cambiante desde la infancia hasta la adolescencia. ¹¹

Con respecto al desarrollo motor, se completa en la infancia, los cambios siguientes se dan en el desarrollo de habilidades nuevas adquiridas que de manera gradual se van haciendo más precisas y con experiencia creciente. ¹¹

En cuanto al desarrollo cognitivo, se tome en cuenta el “Enfoque de etapas” de Piaget, en el cual se aconsejan cuatro etapas descritas a continuación. ³⁵

La primera es la sensorial-motora, dura hasta alrededor de los dos años de edad, y en esta etapa se logra una permanencia en la cual existe un

razonamiento por parte del infante en el que puede pensar en objetos sin tener que verlos directamente. ³⁵

La segunda etapa que es pensamiento pre operacional va de 2 a 7 años, dicha etapa se desarrolla más permitiendo predecir los resultados de la conducta del niño se da un desarrollo de lenguaje. ³⁵

La tercera etapa es conocida como operaciones concretas, va de los 7 a 11 años de edad, en ella los niños son capaces de aplicar el razonamiento lógico y empatía en la resolución de problemas. ³⁵

La última etapa es conocida como operaciones formales, se da a partir de los 11 años de edad en adelante, se caracteriza porque el niño adquiere la capacidad de pensamiento adulto y es capaz de resolver diversas problemáticas considerando ya distintas variables. ³⁵

Los métodos conductuales pueden utilizarse y ser funcionales durante el tratamiento dental, se debe tomar en cuenta que los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos, y se debe explicar el tipo de intervención que se realizará para así lograr una mejor interacción con ellos. ²⁴

5.1 CIRUJANO DENTISTA DE PREGRADO Y SU ACTITUD

Algunos reportes indican que, dentro del área de odontopediatría, con respecto a la enseñanza a alumnos de pregrado y posgrado, se siguen brindando los mismos conocimientos acerca de las técnicas tradicionales que en años pasados, lo cual quiere decir que no ha habido modificación significativa dentro del comportamiento general de los pacientes pediátricos. ³²

Se debe incluir a la enseñanza, la comprensión detallada del cómo se relacionan los niños con el mundo adulto, se deben detallar y estructurar los pasos a seguir correspondiente a cada visita dental, y hacer una evaluación de todas aquellas estrategias disponibles con las cuales se puede ayudar a los niños a afrontar sus miedos y fobias hacia los procedimientos dentales. ²

El odontólogo tanto como su equipo de trabajo, deben de controlar su actitud, ya que el comportamiento de ellos influye en el del niño, si un odontólogo se encuentra tranquilo, le puede transmitir esa tranquilidad a su paciente, y viceversa, si el odontólogo o equipo están en el paciente puede percibir, nerviosismo, preocupación y ansiedad en el profesional y genera cierta desconfianza y preocupación por parte del paciente. ²⁹

CONCLUSIONES

El tener un buen manejo de la conducta en los niños con trastorno negativista, desafiante durante la consulta odontológica, es fundamental ya que de esta manera se puede lograr mantener una colaboración activa y una actitud positiva por parte de estos pacientes a lo largo del tratamiento, por medio de enseñanzas y aprendizajes, de igual forma usando las técnicas adecuadas que puedan influir notoriamente en el estado emocional de los pacientes, con el propósito de que estas no sean perjudiciales en cuanto a la salud mental de los niños.

Se puede observar una evolución en cuanto a la aceptación de las técnicas de manejo conductual, en la que hoy en día se busca un mejor trato mayor comunicación entre el odontólogo y los pacientes, para ir tomando en cuenta el proceso formativo y su repercusión del mismo en su edad adulta, a diferencia de décadas anteriores en donde había una mayor imposición de disciplina, teniendo reglas estrictas y mayor autoridad por parte de los padres, educadores o autoridades en sí.

Hoy en día la comunicación activa y dinámica se ha implementado para obtener una mejor interacción social con los niños dentro del consultorio dental, brindando una mayor atención a las necesidades del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torales J, Barrios I, Arce A, Viola L. Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2018 [Citado el 2 de octubre de 2023]; 45(1): 65-73 Disponible en: <https://goo.su/cSnGFe>
DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.45012018009>
2. Monsalve A, Mora LF, Ramírez LC, Razo V, Rojas D. Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante una revisión de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud* [Internet] 2017 [Citado el 2 de octubre de 2023]; 15(1): 105-127 Disponible en: <https://goo.su/A7CVf> DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384>
3. Severa, M. Intervención en los trastornos del comportamiento infantil, una perspectiva conductual de sistemas. [Internet]. Madrid: Pirámide; 2002 [Citado el 2 de octubre 2023]: 74-75 Disponible en: <https://goo.su/uMLwVeJ>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: OMS; 2014 [Citado el 4 de octubre 2023] Disponible en: <https://goo.su/moJEUo>
5. López V, Andrés J, Rodríguez L, Garrido M, Sacristán A, Martínez M, Arberola S, Sánchez M. Prevalencia del trastorno negativista, desafiante en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet] 2014 [Citado el 4 de octubre de 2023]; 7(2): 80-87 Disponible en: <https://goo.su/iRYCKXI>
6. Quy K, Stringaris A. Trastorno negativista desafiante. En: Rey JM, editor. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el

Adolescente y Profesiones Afines[Internet] 2017 [Citado el 11 de octubre de 2023]; 2: 1-13 Disponible en: <https://goo.su/xUvn>

7. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. En: Asociación Americana de Psiquiatría, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington VA: Médica Panamericana, Madrid; 2013. 243-244. [Citado el 15 de noviembre. 2023] Disponible en: <https://goo.su/pyQQL6L>
8. Moffitt T, Scott S. Conduct disorders of childhood and adolescence. En: M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, A. Thapar. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008: 543-564 [Citado el 25 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://goo.su/0oxOHW>
9. Organización Mundial de la Salud. Maternal, child and adolescent mental health. Challenges and strategic directions for the Eastern Mediterranean. El Cairo: OMS; 2011. [Consultado el 8 de octubre 2023] Disponible en: <https://goo.su/mPBONlj>
10. Ramírez M. Tratamiento cognitivo-conductual disruptivo en un niño con TDAH y trastorno negativo desafiante. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes [Internet] 2015 [Citado el 11 de octubre de 2023]; 2(1): 45-54 Disponible en: <https://goo.su/ZqNI2>
11. Cox I, Krikken J, Veerkamp J. Influence of parental presence on the child's perception of, and behavior, during dental treatment. European Archives of Pediatric Dentistry [Internet] 2011 [Citado el 12 de octubre de 2023]; 12(4): 200-204 Disponible en: <https://goo.su/iAwWW>
DOI: [10.1007/BF03262807](https://doi.org/10.1007/BF03262807)
12. Marzo G, Campanella V, Albani F. Psychological aspects in pediatric dentistry parental presence. Eur J Pediatr Dent [Internet] 2003 [Citado el 12 de octubre de 2023]; 4(4):177-180 Disponible en: <https://goo.su/jXNoG19>

13. Allen K, Hodges E, Knudsen S. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. American Academy of Pediatric Dentistry [Internet] 1995 [Citado el 3 de octubre de 2023]; 17(3): 180-185 Disponible en: <https://goo.su/iba93T>
14. Murphy M, Goodwin R. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. Pediatric Dentistry 1984; 6(4):193-98
15. Sale N. Behavior Management Conference Panel III Report-Legal Issues Associated with Managing Children's Behavior in the Dental Office. Pediatric Dentistry [Internet] 2004 [Citado el 18 de noviembre de 2023]; 26(2): 175-178 Disponible en: <https://goo.su/sSZwx>
16. Nava V, Fragoso R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. Revista odontológica mexicana [Internet] 2012 [Citado el 20 de noviembre de 2023]; 16(4): 242-251. Disponible en: <https://goo.su/vYPEsf>
17. Fields H, Machen J, Murphy M. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. Pediatric Dentistry [Internet] 1984 [Citado el 18 de noviembre de 2023]; 6(4): 199-203 Disponible en: <https://goo.su/bx9ohQ9>
18. Genise G. Terapia de resolución de problemas en un paciente con Trastorno Negativista Desafiante. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [Internet] 2016 [Citado el 22 de noviembre de 2023]; 8(1) Disponible en: <https://goo.su/Jd5Fdjj> DOI: [10.5872/psiencia/8.1.23](https://doi.org/10.5872/psiencia/8.1.23)
19. Kazdin, A. Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. Psicología conductual [Internet] 1995 [Citado el 18 de noviembre de 2023]; 3: 231-250 Disponible en: <https://goo.su/xEzha>

20. Teixeira A, Guinot J, Bellet D. Técnicas de modificación de la conducta en odontopediatría. Revisión bibliográfica. *Odontología Pediátrica* [Internet] 2008 [Citado el 20 de noviembre de 2023]; 16(2): 108-120 Disponible en: <https://goo.su/GzY4uX>
21. El nacional. Trastorno oposicionista desafiante: qué es y cuáles son los síntomas en niños. *El nacional* [Internet] 2023 [Citado el 15 de noviembre de 2023]; 12(40) Disponible en: <https://goo.su/szTmB5>
22. Dean JM. *McDonald y Avery. Odontología pediátrica y del adolescente* [Internet]. Barcelona, España: ELSEVIER; 2018 [Citado el 17 de noviembre 2023]: 134-145 Disponible en: <https://goo.su/lr2r7>
23. Combatir el miedo al dentista ¿Alguien dijo miedo al dentista? ¡En Alba & Hernanz no nos gusta esa palabra! [Internet]. Granada, España: Alba & Hernanz Ortodoncia y Odontopediatría. [Citado el 29 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://goo.su/oqfl9>
24. Castillo I, Ledo H, Ramos A. Psicoterapia conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental* [Internet] 2012 [Citado el 23 de octubre de 2023]; 10: 1-7 Disponible en: <https://goo.su/iHqD>
25. Carrillo A, Martínez A. Manejo de conducta en odontología pediátrica. *Revista dentista y paciente* [Internet] 2018 [Citado el 11 de noviembre de 2023]; 115: 32-39 Disponible en: <https://goo.su/ltHsY>
26. Máster en Odontopediatría Integral [Internet] Barcelona, España: UIC Barcelona; 2016 [Citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://goo.su/DXvKuv>
27. ¿ Quieres mejorar la comunicación? 4 cualidades que te harán comunicar bien y eficazmente [Internet] México: Coaching dental. [Citado el 1 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://goo.su/zi6J4>
28. Loayza S, Azanza S. Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de edad de una

- escuela pública de Quito-Ecuador. 2017; 7(2) 106-115 [Citado el 11 de noviembre de 2023] Disponible en: <https://goo.su/Ux3MGU>
29. Odontofobia o miedo al dentista en niños [Internet] Barcelona, España: Puig & Baldrich centre-dental; 2019 [Citado el 1 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://goo.su/gYuCBc>
30. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent*. 1990; 32:147-155
31. Sedación consciente: qué aplicaciones tiene la clínica dental [Internet]. España: DVD Dental; 2018 [Citado el 1 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://goo.su/AX9Gq4>
32. Enciso PA, Posada MC. Aceptabilidad, percepción y permisividad de los padres a las diferentes técnicas de manejo del comportamiento utilizadas en los pacientes pediátricos de la Clínica. CES Sabaneta. *Revista CES Odontología* [Internet] 2001 [Citado el 28 de noviembre de 2023]; 14(1): 29-34. Disponible en: <https://goo.su/LbqRRSi>
33. Allen K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Ped Dent* [Internet] 1990 [Citado el 29 de noviembre de 2023]; 12: 79-82. Disponible en: <https://goo.su/xla9hm9>
34. Bartolomé B, Méndez M, Vilar C, Arrieta J. Técnicas alternativas de manejo de la conducta en Odontopediatría. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* [Internet] 2021 [Citado el 2 de diciembre de 2023]; 11(1). Disponible en: <https://goo.su/oZax1>
DOI: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i1.217>
35. Medina C. El legado de Piaget. *Educere* [Internet] 2000 [Citado el 19 de noviembre de 2023]; 3(9): 11-15 Disponible en: <https://goo.su/CCeVSj>