



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE  
ODONTOPEDIÁTRICO**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE  
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE**

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

**JANELY ROJANO RODRÍGUEZ**

TUTORA: C.D. MARTHA HERVERT JONGUITUD



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**A DIOS**

Por darme la oportunidad de vivir.

**A MIS PADRES**

Con profundo amor por el digno ejemplo con que me han guiado por la vida.

**EN ESPECIAL A MI MADRE A MALE Y MAGO**

Por su gran cariño, apoyo y comprensión incondicional.

**A MI ESPOSO**

Que con su apoyo me ha impulsado en todo momento hacia la cúspide, tanto profesional como personalmente.

**Y A ALGUIEN TAN ESPECIAL †**

Que con su presencia, aunque fue por un momento me dio la fuerza para poder seguir adelante.

**A MIS HERMANAS**

**Y A EUFROSINO**

Con cariño y reconocimiento por la ayuda y comprensión que me han brindado.

**Dra. MARTHA HERVERH JONGUITUD**

**Dra. PATRICIA LÓPEZ MORALES**

Gracias por su paciencia durante este tiempo en el que me ayudaron a realizar y, hacer posible una etapa más de mi vida. También por que me brindaron la sabiduría que posee cada una, que por medio de la cual transmiten sus conocimientos sin recelo.

# ÍNDICE

	Págs.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO I. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO</b>	8
1.1 DESARROLLO FÍSICO	9
1.1.1 Conductas reflejas	11
1.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO. TEORÍA DE PIAGET	12
1.3 DESARROLLO PSICOSOCIAL. TEORÍA DE ERIKSON	14
1.4 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. TEORÍA DE SIGMUND FREUD	17
1.4.1 Desarrollo psicosexual	19
1.5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS	22
<b>CAPÍTULO II. FACTORES QUE DETERMINAN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO</b>	31
2.1 FACTORES EMOCIONALES	31
2.1.1 Miedo	33
2.1.2 Ansiedad	35
2.2 FACTORES AMBIENTALES	37
2.2.1 Influencia de los padres (especialmente materna)	38
2.2.1.1 Sobreprotección	41
2.2.1.2 Sobreindulgencia	42
2.2.1.3 Carencia afectiva	43
2.2.1.4 Rechazo	43
2.2.1.5 Autoritarismo	44
2.2.2 Influencia de los hermanos y otros familiares	45
2.2.3 Influencia de la escuela	45

2.2.4	Influencia de acontecimientos previos: médicos-odontológicos	46
2.3	INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO	46
2.3.1	La actividad del odontólogo y sus actitudes	47
2.3.1.1	Obtención de datos y observación	48
2.3.1.2	Estructuración	49
2.3.1.3	Externalización	50
2.3.1.4	Empatía y apoyo	51
2.3.1.5	Autoridad flexible	52
2.3.1.6	Educación y entrenamiento	52
2.3.2	El atuendo del odontólogo	52
2.3.3	La duración y hora de la cita	53
2.3.4	El ambiente físico y su atmósfera	53
2.3.5	La presencia de un acompañante en el ambiente de trabajo	54
	<b>CAPÍTULO III. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE INFANTIL (COMPORTAMIENTO)</b>	56
3.1	DIVERSAS CLASIFICACIONES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	57
3.2	CLASIFICACIÓN DE FERNANDO ESCOBAR	58
3.2.1	Paciente cooperador	59
3.2.2	Paciente con falta de capacidad de cooperar	60
3.2.2.1	Paciente muy pequeño	61
3.2.2.2	Paciente física y mentalmente impedido	62
3.2.3	Paciente cooperador potencial	63
3.2.3.1	Niño con alteraciones emocionales	64
3.2.3.2	Niño tímido o introvertido	66
3.2.3.3	Niño atemorizado	67

3.2.3.4 Niño con aversión a la autoridad	69
<b>CAPÍTULO IV. TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTA</b>	<b>72</b>
4.1 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN	74
4.1.1 Lenguaje pediátrico	76
4.1.2 Decir- mostrar- hacer	78
4.1.3 Control de voz	81
4.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	84
4.2.1 Refuerzo	84
4.2.2 Desensibilización	87
4.2.3 Imitación o modelamiento	89
4.3 TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO	91
4.3.1 Bloques de mordida, abre bocas	92
4.3.2 Mano sobre boca	94
4.3.3 Control físico por parte del profesional	95
4.3.4 Control físico mediante dispositivos específicos	97
4.4 OTRAS TÉCNICAS	101
4.4.1 Hipnosis	101
4.4.2 Musicoterapia	102
4.4.3 Acupuntura	103
4.4.4 Ludoterapia	105
4.4.5 Biofeedback	106
4.4.6 Cromoterapia.	107
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>109</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>110</b>

## INTRODUCCION

El conocimiento de la psicología del desarrollo del niño constituye la base para la relación entre el profesional y su paciente, por ello la importancia de las etapas del crecimiento general de los niños, las cuales nos ayudarán a comprenderlo, así como a tener idea de que conductas se pueden esperar del paciente infantil. En realidad el conocimiento de las diferentes áreas del *desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo y desarrollo psicosocial*, nos ayudarán a descubrir las formas en que cambia la conducta de un individuo, cómo pueden ser los cambios deseables y como es posible evitar los indeseables.

En la atención odontológica, muchas veces nos encontramos con pacientes que podríamos llamar difíciles, no por el tipo de tratamiento que requiere, sino por la conducta que éste manifiesta durante la rehabilitación, siendo que en la mayoría de los casos, el miedo y la ansiedad del niño, son problemas fundamentales para su atención dental. Lo que puede atribuirse a distintos factores como la edad del niño, personalidad, atención de los padres o la habilidad del profesional. Sin embargo algunos requieren atención especial. Por lo que, el propósito del presente trabajo es dar a conocer las herramientas con las que el odontólogo debe ser capaz de enfrentar esas situaciones y manejarlas de manera adecuada. Durante el procedimiento dental ser capaz de dirigir al niño, para que su actitud sea positiva frente al tratamiento. Desde el momento en el que el niño entra a la consulta, es necesario no sólo establecer una empatía con él, sino también emplear o dar a conocer las diferentes técnicas de modificación de la conducta, las cuales son útiles para crear conductas nuevas que nunca se habían observado en el repertorio conductual del paciente, mantener o incrementar conductas deseables y reducir conductas que entorpezcan el desempeño en la clínica odontológica.



# CAPÍTULO I

## DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

*Cada niño es como los demás en algunas formas, pero excepcional en otras.<sup>3</sup>*

El desarrollo psicológico debe considerarse como una serie de procesos por medio de los cuales las tendencias individuales de la *HERENCIA* (talento genético innato que los seres humanos reciben de sus padres biológicos), interactúan con el factor *AMBIENTE EXTERNO* (el mundo fuera de sí mismo, que comienza en el útero). Las diferencias individuales aumentan a medida que los niños crecen.<sup>1, 2</sup> El desarrollo involucra dos conceptos: *MADUREZ* (modificaciones en la persona que dependen en mayor medida de facultades innatas). *APRENDIZAJE* (implica la capacidad de absorber del medio ambiente y actuar en forma recíproca con él). Por medio de la interacción del medio ambiente el niño aprende las diversas formas de relacionarse y de enfrentar lo que le rodea, formas que pueden denominarse características y atributos de la personalidad.<sup>4</sup> Sin embargo, estas características modelan el curso de una trayectoria en el comportamiento del niño.<sup>1</sup>

Una razón para la complejidad del desarrollo del niño es que el cambio y la continuidad ocurren en varios aspectos de sí mismo. Como es el *desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo y desarrollo psicosocial* en cada periodo de la niñez. No obstante, en realidad estos aspectos del desarrollo están interconectados, a lo largo de la vida, cada uno afecta a los demás.

El crecimiento del cuerpo y del cerebro, las capacidades sensoriales, las destrezas motrices y la salud son parte del *desarrollo físico* y pueden influir en otros aspectos del desarrollo. Los cambios de las habilidades mentales, como aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad constituyen el *desarrollo cognoscitivo*, y están muy relacionados con el crecimiento físico y emocional. La personalidad es la forma consistente y única de sentir, reaccionar y comportarse que tiene una persona. El *desarrollo social* se refiere a las relaciones con los demás. En conjunto, personalidad y desarrollo social constituyen el *desarrollo psicosocial* que puede afectar el funcionamiento cognoscitivo y físico.<sup>3</sup>

## 1.1 DESARROLLO FÍSICO

El desarrollo del niño se relaciona con el estudio de todas las áreas del desarrollo humano, desde el momento de la concepción hasta el comienzo de la vida adulta.

Su conocimiento implica algo más que conocer el crecimiento físico de la persona, lo cual con frecuencia significa exclusivamente que aumenta el tamaño de ésta. El término desarrollo es más complejo, e implica un desplegamiento secuencial relacionado con la aparición de cambios tanto en el tamaño y la forma, como en la función, la estructura y las capacidades del individuo.

El desarrollo físico comprende un área muy amplia donde pueden incluirse, entre otros, los cambios del hábito, de la fuerza, de la coordinación motora y de la función de los sistemas del organismo.

La relación entre cambios físicos y la edad cronológica específica ha llevado al establecimiento de unos aspectos fundamentales del desarrollo, que se han convertido en un modo de valorar a cada niño de forma individual.<sup>5</sup> (Tabla 1)

<b>Aspecto fundamental del desarrollo</b>	<b>Edad de aparición (media)</b>	<b>Intervalo normal</b>
Se fija en la luz	2 semanas	1 -4 semanas
Tumbado sobre el estomago, Levanta el mentón	3 semanas	1-10 semanas
Dobla el peso al nacer	6 meses	5-7 meses
Pasa de decúbito supino a prono	7 meses	5½ -11 meses
Se sienta solo	7 meses	6-11 meses
Permanece de pie con ayuda	10 meses	7½ -14 meses
Permanece de pie solo	13½ meses	9-18 meses
Camina solo	14 meses	10-20 meses
Control del intestino	18 meses	1-2½ años
Primera menstruación	12 años 9 meses	10-17 años

Tabla 1. Aspectos fundamentales del desarrollo físico del niño, y edad de Aparición.<sup>5</sup>

### 1.1.1 Conductas reflejas

Los seres humanos poseemos un amplio arsenal de reflejos, algunos de ellos claros instrumentos para la supervivencia, que permanecen con nosotros a lo largo de la vida.

*Reflejo de búsqueda:* Este reflejo se produce cuando se toca o acaricia la comisura de la boca del neonato. El bebé vuelve la cabeza y abre la boca para seguir y "buscar" en la dirección de la caricia. Esto le ayuda a encontrar el pecho o el biberón para alimentarse.

*Reflejo de succión:* La búsqueda contribuye a la preparación del bebé para la succión. Cuando la comisura de la boca siente el contacto, el bebé comienza a succionar. Los bebés también tienen un reflejo de llevarse la mano a la boca que acompaña los reflejos de búsqueda y de succión y pueden chuparse los dedos o las manos.<sup>6</sup> (Figura 1)

*Reflejo de Moro:* Este reflejo a menudo se denomina reflejo de sobresalto porque se produce cuando el bebé se sobresalta por un sonido o movimiento estrepitoso. En respuesta, el bebé echa la cabeza hacia atrás, abre los brazos y piernas, y dura hasta los cinco a seis meses de edad.

*Reflejo de prensión:* El acariciar la palma de la mano del bebé provoca que el bebé cierre los dedos en un apretón. El reflejo de prensión dura solamente un par de meses y es más fuerte en los bebés prematuros.

*Reflejo de Babinski:* Cuando se acaricia firmemente la planta del pie, el dedo gordo se dobla hacia la parte superior del pie y los otros dedos se despliegan en abanico. Este reflejo normalmente dura hasta aproximadamente los 2 años de edad.



Figura 1. Reflejos primarios (búsqueda y succión).<sup>6</sup>

## 1.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO. TEORÍA DE PIAGET

“Como nos desarrollamos intelectualmente”

El desarrollo intelectual fue presentado por el biólogo y psicólogo suizo Jean Piaget (1869 – 1980), quien formuló una teoría para explicar los diversos niveles del desarrollo cognoscitivo, o proceso de adquisición del conocimiento. Supone la existencia de una capacidad, continuamente en crecimiento, para la adquisición de conocimientos capacidad que se desarrolla en una secuencia ordenada.

A pesar de que los niños ya tienen ciertas capacidades adaptativas al nacer, los enormes avances en el desarrollo intelectual están todavía por venir. Conocer el mundo y a sus pobladores, dar a entender los deseos, aprender a hablar.

La formación biológica de Piaget le condujo a considerar la maduración como una parte importante de su esquema, pero fue más allá, haciendo hincapié en la interacción entre maduración y experiencia. En otras palabras, el niño ha de estar maduro para que ocurra un nuevo desarrollo, pero si no ha tenido ciertos tipos de experiencias en los momentos decisivos, no alcanzará el nivel del que podría ser capaz.<sup>7</sup>

La Teoría Cognoscitiva propuesta por Piaget considera 4 fases:

➤ **FASE I. La inteligencia sensomotriz o motosensorial**  
**(Nacimiento hasta los 2 años)**

El niño es incapaz de razonar, codifica la información en términos de acciones; más tarde en términos de imagen visuales. Reacciona a la “tensión” con los ojos, la voz, los oídos, las manos y las piernas, es decir motosensorial.

➤ **FASE II. Pensamiento preoperacional**  
**(De 2 a 7 años)**

Etapa en la cual el niño “tantea”. Tiene razonamiento primitivo, acepta casi cualquier explicación razonable, no sabe lo que está pensando ni que tiene ideas diferentes, codifica su información sólo en términos de acciones, visuales y simbólicamente, su atención es de corta duración, deben dársele instrucciones claras.

➤ **FASE III. Operaciones concretas  
(7 hasta 11 años)**

El niño está ansioso por aprender, clasifica los objetos y puede discriminarlos, comprende que otros tienen ideas diferentes y está dispuesto a escuchar, requiere ejemplos concretos de ideas abstractas y explicaciones de los procedimientos, comienza a confiar, el niño puede organizar y desarrollar conceptos, reconoce y comprende el dolor.

➤ **FASE IV. Operaciones formales o pensamiento lógico  
(12 años hasta edad adulta)**

Es capaz de enfrentarse a lo abstracto, así como a la realidad. Puede verse en el futuro y sus potenciales, tiene capacidad para resolver problemas complejos, transforma las acciones motoras en pensamiento y conducta, mejora su destreza social y su lenguaje.<sup>8,9</sup>

### 1.3 DESARROLLO PSICOSOCIAL. TEORÍA DE ERIKSON

“Como nos desarrollamos emocionalmente”

En los primeros días de vida los seres humanos ya manifiestan sus propios y singulares temperamentos; están recibiendo una impresión del mundo, tanto si es amistosa como fría y hostil; responden a él y captan las respuestas de las personas que les rodean.

Erik Erikson (1902-1994), un psicoanalista alemán presentó la única teoría importante del desarrollo de los seres humanos que cubre todo el proceso de la vida. Erikson (1950), trabajó haciendo énfasis en la influencia de la sociedad sobre el desarrollo de la personalidad.<sup>3,7</sup>

Cada etapa implica una “crisis” en la personalidad un tema que resulta especialmente importante en ese momento y que se mantendrá en cierto grado a lo largo de la vida. Las crisis surgen de acuerdo con la madurez y se deben resolver de manera satisfactoria para un desarrollo saludable del yo. El resultado exitoso de cada crisis es el desarrollo de una “virtud” o fortaleza en particular.<sup>3</sup> (Figura 2)



Figura 2. Etapa del desarrollo psicosexual, según Erikson.<sup>9</sup>



➤ **Confianza básica contra desconfianza**  
**(Nacimiento hasta 12 – 18 meses)**

El bebé desarrolla un sentido de si el mundo es un lugar bueno y seguro.  
Virtud: esperanza.

➤ **Autonomía contra vergüenza**  
**(12 – 18 meses hasta 3 años)**

El niño alcanza un equilibrio de independencia sobre la vergüenza y la duda. Virtud: voluntad.

➤ **Iniciativa contra culpa**  
**(3 años hasta 6 años)**

El niño desarrolla su iniciativa cuando intenta nuevas cosas y no teme al fracaso. Virtud: propósito.

➤ **Productividad contra inferioridad**  
**(6 años a la pubertad)**

El niño debe aprender destrezas de la cultura o enfrentar sentimientos de inferioridad. Virtud: destreza.

➤ **Identidad contra confusión**  
**(Pubertad hasta la edad adulta)**

El adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo o experimentar confusión acerca de los roles. Virtud: fidelidad.

➤ **Intimidad contra aislamiento**  
**(Edad adulta temprana)**

La persona busca hacer compromisos con los demás; si no tiene éxito, puede sufrir de aislamiento. Virtud: amor.

➤ **Generatividad contra estancamiento**  
**(Edad adulta intermedia)**

El adulto maduro se interesa en establecer y guiar a la siguiente generación, o bien siente un empobrecimiento personal. Virtud: cuidado.

➤ **Integridad contra desesperación**  
**(Ancianidad)**

La persona de edad logra un sentido de aceptación de su propia vida, que le permite aceptar la muerte o bien, cae en la desesperanza. Virtud: sabiduría.

## 1.4 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. TEORÍA DE SIGMUND FREUD

### “Estructura de la personalidad”

Sigmund Freud (1856-1939), revoluciono la manera de entender el desarrollo de la personalidad.

El **id** (ello), el **ego** (yo) y el **super ego** (super yo) son las tres diferentes estructuras de la personalidad; cada una de ellas cumple una función diferente y se desarrolla en distinta época.

Estos tres componentes no están, por supuesto, físicamente presentes en el cerebro, pero son fuerza cuya existencia es basándose en observaciones de la conducta de los individuos y de la expresión de sus pensamientos y sentimientos.

El **id** (ello) está presente ya al nacer. Es la fuente de los instintos y de los impulsos. Es la fuente primordial de la energía psíquica.<sup>10</sup> Está constituido por necesidades tan básicas como el hambre, la sed y la sexualidad, a las cuales Freud llamó instintos de vida, alimentados por una forma de energía llamada libido. El instinto de vida es denominado eros, que es también el nombre del dios griego del amor. El id contiene así mismo el instinto de muerte (llamado thanatos), responsable de la agresividad y de la destrucción. El id demanda la gratificación inmediata. Opera mediante el *principio del placer*, el cual persigue la inmediata gratificación de los instintos.

El **ego** (yo) se desarrolla poco después del nacimiento, cuando el niño se da cuenta de que no todo lo que quiere lo obtendrá automáticamente y que tendrá que buscar la manera de conseguirlo. Opera mediante el *principio de la realidad*, por el cual una persona idea un plan y entonces lleva a cabo algún tipo de acción para ensayar y ver si está en el camino correcto.

El **super ego** (super yo) la última parte que se desarrolla de la personalidad, aparece en la primera infancia. Opera mediante lo que podríamos llamar el *principio de perfección*. Representa los valores que los padres y otros componentes de la sociedad comunican al niño como ideales. El super yo procura que el niño interiorice los conceptos de bueno y malo para que así pueda controlar su propia conducta de acuerdo a su propio criterio sobre si una acción es buena o mala.

El super ego esta formado por el yo ideal (el “deber” por el cual se nos aprueba, al cual aspiramos y del cual nos sentimos orgullosos), y la conciencia (“lo que no debemos hacer”, aquello por lo que somos castigados y por lo que nos castigamos a nosotros mismos a través del sentimiento de culpa).<sup>3, 9,10</sup>

### 1.4.1 Desarrollo psicosexual

Según Freud (1905), la personalidad se desarrolla en una secuencia de cinco etapas y da comienzo en la infancia. Cuatro de estas etapas reciben su nombre por las partes del cuerpo que son fuentes primarias de gratificación en cada fase. Estas partes del cuerpo son llamadas *zonas erógenas*. Una persona cuyas necesidades no fueron satisfechas en alguna etapa o que estuvo mimada excesivamente en alguna de ellas puede llegar a quedarse fijada en una etapa particular.

Aunque el orden de los cambios de energía instintiva de una zona del cuerpo a otra es siempre el mismo, el nivel de madurez del niño determina cuando van a tener lugar estos cambios.<sup>7</sup>

➤ **Etapas Oral**  
**(Nacimiento hasta 12-18 meses)**

La zona erógena es la boca, a través de la cual el bebé consigue placer con la comida, chupando y mordiendo. Succionando logra más que la simple obtención de nutrición para el cuerpo; es una fuente de placer en si mismo.

Volverse tan crédulo que se tragará cualquier cosa, será una persona dependiente y sentirá el mismo placer en absorber conocimientos y adquirir posesiones que el sentía de pequeño con la comida.

➤ **Etapa Anal**  
**(12-18 meses hasta 3 años)**

El niño obtiene gratificación sensual de retener y expeler las heces. La zona de gratificación es la anal. El entrenamiento en hábitos de limpieza es importante: el niño que es entrenado de una manera demasiado estricta llega a ser obsesivamente limpio, cruel y destructivo, obstinado y avaro, mientras que el que es gratificado exageradamente al producir movimientos intestinales querrá también ser productivo en otros terrenos.

➤ **Etapa Fálica**  
**(3 a 6 años)**

Esta palabra que toma su nombre de la palabra *falo*, término utilizado para designar el pene, empieza cuando el niño obtiene placer en la región genital. Puede descubrir la masturbación.

Complejo de Edipo: Que aparece durante esta etapa el niño prodiga amor y afecto a su madre compitiendo con su padre por el amor y afecto hacia ella. Inconscientemente, el pequeño quiere ocupar el lugar del padre, pero, reconociendo el poder del padre, le teme.

Complejo de Electra: Es la contrapartida femenina al Edipo. La niña se enamora de su padre y es ambivalente hacia su madre. Incluso teme a su madre porque cree que le corto el pene que, a su parecer, ella y otras niñas tenían y siente temor hacia su madre. Al mismo tiempo, ama a su madre y no quiere perder su amor. Así, reprime sus sentimientos ambivalentes y al final se identifica con su madre.

➤ **Etapa de Latencia**  
**(6 años hasta la pubertad)**

Es un periodo de relativa calma sexual. Los niños y niñas tienden a evitar el sexo opuesto, pero no son totalmente asexuales, pues existe cierto interés por la masturbación y bromas orientadas al sexo.

➤ **Etapa genital**  
**(De la pubertad en adelante)**

Tiene lugar por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad, y marca la entrada a una sexualidad madura, en la cual la principal tarea psicosexual de la persona es, entrar en relaciones heterosexuales con alguien ajeno a la familia.<sup>7</sup>

## 1.5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS

### **Desde el nacimiento hasta el año y medio**

El niño es incapaz de razonar. Cuando los estímulos son muy complejos, no puede procesarlos y se pierde. Se caracteriza por el egocentrismo.

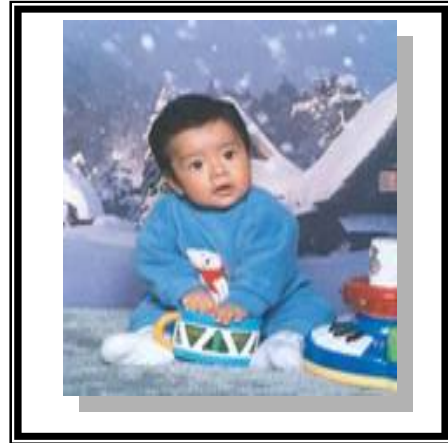
(Figura 3-A)

Durante el primer año el niño tiene una dependencia absoluta de sus padres, aumenta las capacidades motoras. Aprende a nadar, se sienta y se levanta solo. Coge objetos y da palmadas y hace señales de despedida. Colabora al vestirlo. (Figura 3-B) Utiliza un lenguaje simbólico (habilidades para producir sonidos o gestos que son reproducibles). Balbucea una o dos palabras. Empieza a mostrar signos de independencia. Se resiste a cumplir órdenes, no le gusta esperar. Muy rara vez obedece a una orden verbal, y a menudo aparecen rabietas y negativismo. “**NO**” es la palabra favorita del niño. Inicio de control de esfínteres. Se desarrolla también la capacidad de identificar las voces y realiza el beso como expresión afectiva.

Entre el año y el año y medio hace uso de unas 15 - 20 palabras, aunque generalmente puede entender más palabras de las que puede decir. Pide cosas señalando, e imita actividades que ha observado en otras personas.<sup>1</sup>



(A)



(B)

Figura 3. (A) Bebé recién nacido se caracteriza por egocentrismo.<sup>6</sup>  
(B) Bebé de año y medio aumenta las capacidades motoras.

### ***Consideraciones para el tratamiento***

Realizar el tratamiento lo más rápidamente posible, ya que la comunicación es difícil, si no imposible. Dar órdenes claras y emplear técnicas lo más cortas y simples.<sup>1</sup>

#### **➤ EDAD PREESCOLAR (2 a 6 años)**

El pensamiento del niño, aunque es complejo, continúa mostrando egocentrismo. Aún falta capacidad para comprender que el punto de vista de otra persona es diferente al suyo. Es recomendable dar instrucciones claras.



## **De los 2 a los 4 años**

Aumenta el desarrollo motor y psicomotriz, sube escaleras con apoyo, corre y salta. (Figura 4-A) Se sienta solo en una silla, hace garabatos. Presenta un marcado desarrollo del lenguaje. La amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras. Constituye frases de dos palabras, además de intuirse una organización de las respuestas. Mayor estabilidad emocional. Puede esperar períodos cortos y tolerar, si es necesario, algunas veces le gusta complacer a otros. Dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios. Realiza dos órdenes sencillas.<sup>1</sup>

A los dos años y medio y los tres años se vuelve más rígido e inflexible, quiere todo tal y como lo espera. Se muestra muy dominante y exigente, y expresa las emociones de forma violenta. Resulta difícil comunicar con él. Pasando los 3 años empieza a comunicar y razonar. La comprensión del habla es mayor y puede construir frases de 3 palabras. Posee un vocabulario de 1000 palabras. Le gusta tanto dar como quitar. Quiere crecer y a la vez continuar siendo niño. Edad conocida como de **“YO TAMBIÉN”** y la edad de la imitación.<sup>1</sup> Le gusta hacer amigos y se muestra muy susceptible al elogio. Es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. El miedo a la separación de los padres disminuye a esta edad, y pueden afrontar nuevas situaciones.

### ***Consideraciones para el tratamiento***

Hay que facilitar cualquier rutina y debemos evitar situaciones que el niño pueda aprovechar para hacerse dueño de ellas. Las órdenes deben ser sencillas y resulta muy positivo alabar toda conducta positiva. El niño necesita gran comprensión, paciencia y afecto.<sup>1</sup>

### De los 4 a los 6 años

Al principio de esta fase la conducta es inestable, y tiene mucha facilidad para perder el control. Pega, pateo y rompe cosas en acceso de ira. Progresivamente la conducta se encauza y se puede empezar a razonar con él. (Figura 4-B) Al final de esta etapa el niño gusta de obedecer y complacer a su entorno, su conducta se dulcifica. El lenguaje pasa de las frases con cuatro palabras a frases con cinco o seis (inicio de la fase social). Responde a los elogios. Es la edad conocida como del “**CÓMO**” y del “**POR QUÉ**”, edad de la curiosidad. A estas edades el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de sus padres. Al final de esta etapa el niño se muestra confiado, estable y bien tranquilo.<sup>1</sup>



(A)



(B)

Figura 4. (A) Niño de edad preescolar con mayor destreza psicomotriz.<sup>6</sup>  
(B) Niña de edad preescolar con aumento de razonamiento.<sup>6</sup>

### ***Consideraciones para el tratamiento***

Necesita firmeza en el trato, pero resultan útiles las alabanzas y los elogios.<sup>1</sup>

#### **➤ EDAD ESCOLAR**

**(7 a 12 años)**

El niño está ansioso por aprender. Desaparece gran parte del egocentrismo que lo mantenía vinculado a sus ideas. Reconoce y comprende el dolor, algo muy importante para nuestro trabajo.

#### **De los 7 a los 8 años**

Los cambios en el niño en esta fase son muy rápidos. Pueden aparecer rabietas violentas y cambios puntuales de humor, con picos de tensión muy marcados. Le cuesta adaptarse y espera que los demás lo hagan por él. El niño es muy exigente consigo mismo, y no puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Su deseo de aprobación hace que normalmente trate de cooperar. La actitud hacia los padres también da un giro, y si antes era dependiente de ello, ahora empieza a creer que los padres son injustos, y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna.<sup>1</sup>

En esta etapa el lenguaje está definitivamente fijado y el desarrollo intelectual es muy marcado. (Figura 5-A)

### ***Consideraciones para el tratamiento***

Es común que el niño se muestre como un cobarde agresivo y que tenga grandes temores a las lesiones en el cuerpo. Necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas. Es importante también en esta fase ajustar nuestra actitud y lenguaje al nivel intelectual del niño.<sup>1</sup>

### De los 9 a los 12 años

Muy independiente y confiado en sí mismo. La actitud frente a la familia sigue modificándose, y está más interesado en los amigos que en la propia familia. (Figura 5-B) Generalmente está satisfecho con los padres y con el mundo en general. Sin embargo, puede mostrarse rebelde ante la autoridad, aunque acaba por tolerarla. Conforme va creciendo y madurando, va interesándose por la moral y los ideales, y crece la importancia de la justicia.

Va adaptándose al trabajo en equipo y crecen sus responsabilidades personales en distintos aspectos, como la higiene y las tareas escolares. Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado.<sup>1</sup>



(A)



(B)

Figura 5. (A) Niña escolar con mayor desarrollo social.<sup>6</sup>

(B) Niños de edad escolar que muestran gran interés por los amigos.<sup>6</sup>

### ***Consideraciones para el tratamiento***

Debemos transmitir al niño la idea de que él debe ser el responsable de su conducta. Intentaremos evitar las críticas y la autoridad, y procurando que se sienta siempre tratado con justicia. Trataremos de interesarlo en los tratamientos y motivarlo para promover unos buenos hábitos de salud.<sup>1</sup>

#### **➤ ADOLESCENCIA (13 a 18 años)**

La adolescencia es una fase particular en el desarrollo de la personalidad, pudiéndose considerar una etapa de crisis psicosocial normal con conflictos mayores. Es la última fase de la transición de la niñez hacia la edad adulta.

Se producen un determinado número de modificaciones que llegan inesperadamente en esta etapa de la vida, unas de ellas morfológicas, como la transformación corporal; las otras instintivas, como el despertar de las necesidades sexuales; preponderancia del sentimiento, debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deformación de la realidad e idealismo, reorganización del mundo sentimental que adquiere un carácter apasionado, aparición de amistades exclusivas que difícilmente resisten la separación, actitudes ambivalentes, una labilidad de carácter con rebeldía contra los padres, rechazo de las ideas establecidas e inconformidad con la sociedad en la cual vive, necesidad de estimación, timidez y búsqueda de originalidad.<sup>1</sup>

En el ámbito intelectual del adolescente continúa su desarrollo, y en la adolescencia media y tardía es capaz de realizar tareas intelectuales muy refinadas.

El razonamiento operativo formal y la capacidad de almacenar información en la memoria después de percibirla son los sellos distintivos de la maduración de la capacidad cognoscitiva en los adolescentes.

En el aspecto emocional aparece una gran búsqueda de la identidad y presenta un temor especial a ser etiquetado diferente. (Figura 6) Se incrementa la preocupación dentofacial.



Figura 6. Niña adolescente, rechazo a las ideas establecidas, búsqueda de originalidad.<sup>6</sup>

### ***Consideraciones para el tratamiento***

Debe disminuir la función de los padres en el cuidado dental en el hogar y poner énfasis en la responsabilidad del adolescente para cumplir con su propio programa de salud bucal.

Evitar tratarlo con autoridad. No utilizar la crítica ni entrar en discusiones, compartir los tratamientos con ellos y hacerles partícipes de las decisiones. Guiarles hacia lo que es conveniente para ellos, sin que se sientan guiados.<sup>1</sup>

## **CAPÍTULO II**

### **FACTORES QUE DETERMINAN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO**

La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores.<sup>11</sup> No obstante, es probable que un niño con miedo o ansiedad que prevé una visita desagradable, la experimente realmente así, que un niño que carezca de estos sentimientos. Ambas afectan el comportamiento del niño, en gran medida, determinan el éxito de la consulta. La odontología se ha encontrado con dificultades al intentar identificar los estímulos que ocasionan la aparición de un comportamiento anormal en la consulta: sin embargo, se han destacado diversos factores infantiles que podrían relacionarse con el mismo:

- **Factores emocionales**
- **Factores ambientales**
- **Actitud del odontólogo**

#### **2.1 FACTORES EMOCIONALES**

Son sentimientos subjetivos placenteros o desagradables, como tristeza, alegría y miedo, que surgen como respuesta a situaciones y experiencias, y se expresan a través de alteraciones en el comportamiento.



Los seres humanos en general tienen el mismo rango de emociones. Estos sentimientos subjetivos, placenteros o desagradables, como tristeza, alegría, motivan el comportamiento. Las personas difieren en la frecuencia con que sienten una emoción en particular, en las clases de experiencias que la producen y en su manera de actuar como resultado de ese sentimiento. Las reacciones emocionales ante sucesos y personas, que están relacionadas con las percepciones cognoscitivas, son un elemento básico de la personalidad.<sup>3</sup>

Desde el momento del nacimiento, el ser humano queda expuesto a una serie de situaciones en su relación con el medio externo, lo que obliga al organismo a buscar constantemente un equilibrio, el cual se ha denominado “equilibrio homeostático”.<sup>12</sup>

La pérdida del equilibrio homeostático crea un estado de tensión en el individuo. Bleger<sup>12</sup> sostiene que la tensión recibe distintos nombres, según su predominio en algunas de las áreas de manifestación de la conducta; si aparece en el área de la mente, se denomina *ANSIEDAD*; si aparece como fenómeno predominante en el cuerpo, se denomina *ANGUSTIA*; y si aparece ligada a un objeto concreto se llama *MIEDO*. (Figura 7)

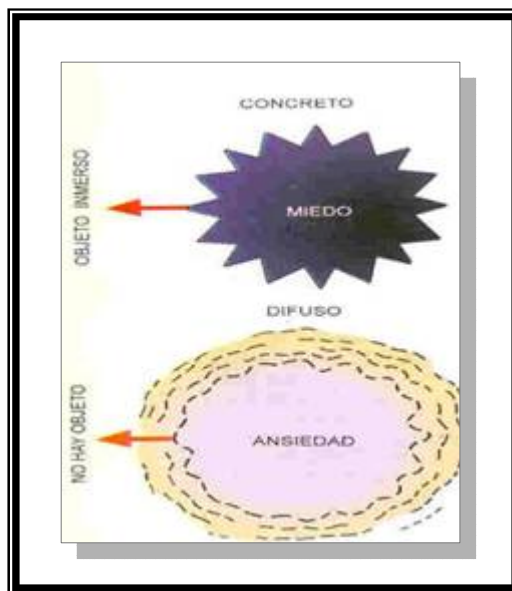


Figura 7. Expresión gráfica de la diferencia entre miedo y ansiedad.<sup>15</sup>

### 2.1.1 Miedo

**Miedo:** *(lat. Metus)*. Temor ante un peligro real o imaginario, presente o futuro. Temor o recelo de que suceda algo contrario a lo que se desea: tener miedo de caerse.<sup>13</sup>

**Temor:** *(lat. Timor)*. Miedo, sentimiento de inquietud, de incertidumbre. Recelo, sospecha, aprensión hacia algo.<sup>13</sup>

El miedo es una reacción o actitud frente a una amenaza real que surge de un objeto externo aceptado como perjudicial, y corresponde en el plano

psicológico a la respuesta física al dolor. El miedo tiene, por tanto, un fundamento real, y se puede expresar con palabras a qué se teme.

El miedo sería una emoción que pone en juego un conjunto de reacciones esenciales para la supervivencia del individuo (reacción de alarma).<sup>1</sup>

Las situaciones y objetos que desencadenan estas reacciones de miedo se modifican con la edad, y tienen que ver con el sentimiento de supervivencia en cada momento evolutivo, en función de las capacidades que se han adquirido.<sup>1</sup> (Figura 8)

- **Temor objetivo:** Es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales que están en contacto físico con la experiencia. Por tanto, resulta de la verdadera experiencia (miedo aprendido).  
Ejemplo, El niño que ha padecido una experiencia difícil o dolorosa en el consultorio médico u odontológico.
  
- **Temor subjetivo:** Es aquel que se basa en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas al niño por quienes le rodean, sin necesidad de que el niño haya padecido el incidente en lo personal. Así pues, es el resultado de una asociación de ideas, de la imaginación, de la inseguridad en relación con una situación poco habitual (miedo adquirido).<sup>1</sup>



Figura 8. En los dibujos de los niños aparecen con toda claridad las causas de sus miedos (jeringas).<sup>14</sup>

### 2.1.2 Ansiedad

**Ansiedad:** Inquietud o desasosiego causados por un hecho futuro o incierto.<sup>13</sup>

En Psicología se define como: Estado tenso de la psique frente a un peligro indeterminado e inminente, acompañado de un sentimiento de inseguridad.<sup>13</sup>

La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasía y expectativas no reales. (Figura 9) Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquel nunca se expresa sin cierto matiz de ansiedad.<sup>1,15</sup>

La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y, por ello, el niño tiene tendencia a sufrir ansiedad.<sup>15</sup>

Cabe esperar que en el niño aparezca cierta ansiedad como reacción normal cuando una persona a la cual no conoce y en un ambiente extraño le está examinando la cavidad oral. No hay que considerar un aumento de ansiedad automáticamente dañino para el niño, pero es cierto que una ansiedad incrementada más allá de cierto punto producirá un problema de interacción en la consulta.<sup>15</sup> Sin embargo, cuando las respuestas de las personas, lejos de ser adaptativas se convierten, por su sobredimensión en exageradas y problemáticas, hablamos de ansiedad patológica o neurótica. Aquí aparecen los conflictos internos de la personalidad. Este tipo de ansiedad es una barrera de cara a los tratamientos odontológicos.<sup>1</sup>

Existe la probabilidad que el niño aprenda estrategias negativas para manejar a sus padres. Son niños que saben que despiertan sentimientos de compasión en los padres y se “escaparán” sin recibir el tratamiento.<sup>1</sup> Esta actitud se expresará:

- Huyendo
- Agresividad
- Llanto
- Evasión
- Apatía y Eludiendo abandonando
- Vomitando o con dolores estomacales

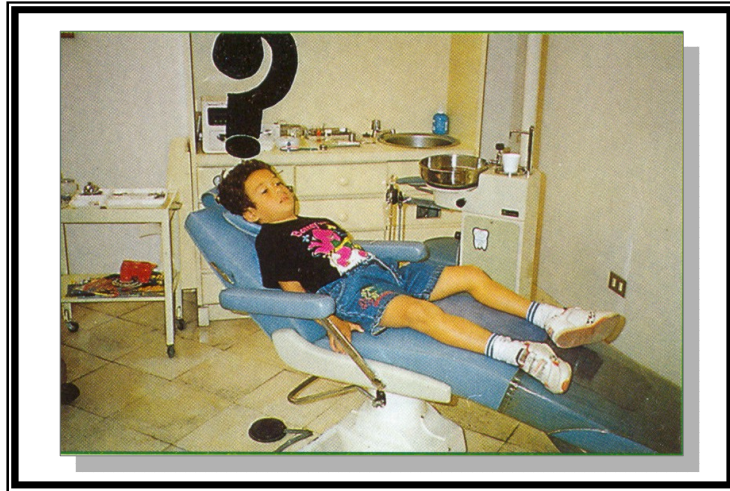


Figura 9. Niño con expectativas no reales.<sup>16</sup>

## 2.2 FACTORES AMBIENTALES

Muchas de las reacciones del comportamiento del niño al tratamiento son resultado de una serie de variables del ambiente y del medio en que se desarrolla física y psicológicamente.<sup>16</sup> Algunas de ellas son:

- **Influencia de los padres (especialmente materna)**
- **Influencia de los hermanos y otros familiares**
- **Influencia de la escuela: maestros**
- **Influencia de antecedentes previos: médico-odontológicos**

### 2.2.1 Influencia de los padres (especialmente materna)

Aunque son ambos padres los que juegan un papel importante en el desarrollo psicológico de sus hijos, es la madre quien ejerce más influencia, debido al mayor contacto que tiene con ellos. (Figura 10)

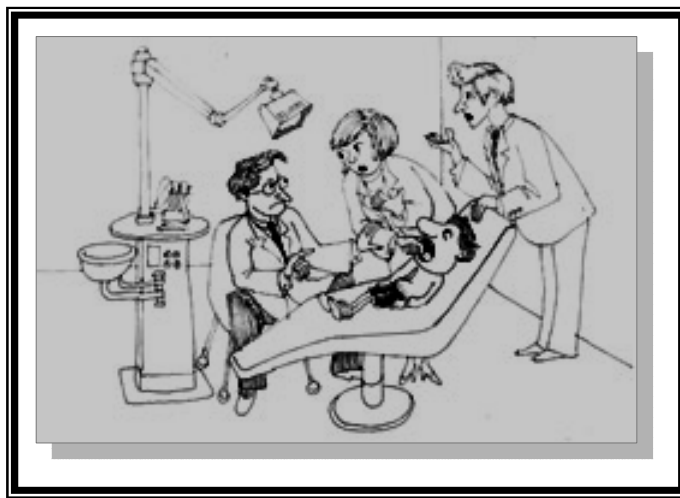


Figura 10. Influencia de los padres.<sup>17</sup>

El papel de la madre, puede ser de “doble efecto” unas veces sirve de gran apoyo por su comprensión con el odontólogo, y en este caso, su posición en esta triada: odontólogo – niño – madre (triángulo de Wright)<sup>18</sup>, es positiva. Otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza un buen manejo de su niño.<sup>16</sup> (Figura 11)

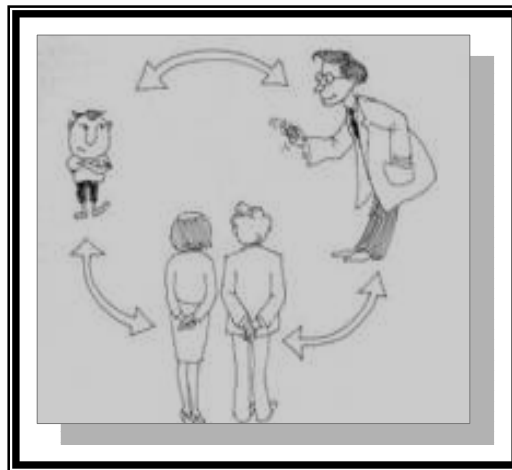
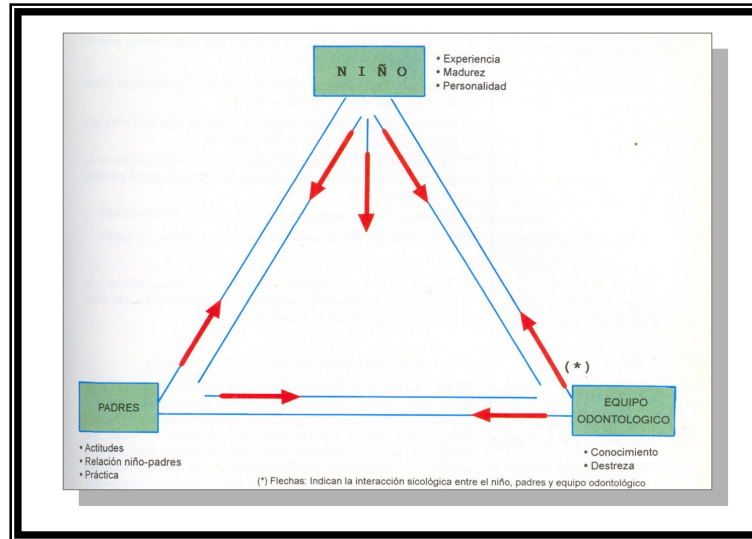


Figura 11. Factores que influyen en el comportamiento del niño.<sup>16, 17</sup>

Existe un segundo grupo de madres, son “madres problema”. Algunas de las actitudes maternas señaladas pueden afectar adversamente la personalidad en desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada. (Tabla 2) y (Figura 12)



Conducta de la madre	Conducta del niño
Sobreprotectora Dominante	Sumiso, tímido, ansioso, agresivo, exigente; demostración de cólera
Sobreindulgente	Agresivo, malcriado, exigente; demostraciones de cólera
Carencia afectiva	Comúnmente de buen comportamiento, pero puede ser incapaz de cooperar; tímido, puede llorar fácilmente
Rechazante	Agresivo, hiperactivo, desobediente
Autoritario	Evasivo y haragán

Tabla 2. Interacciones de la conducta madre niño.<sup>16</sup>

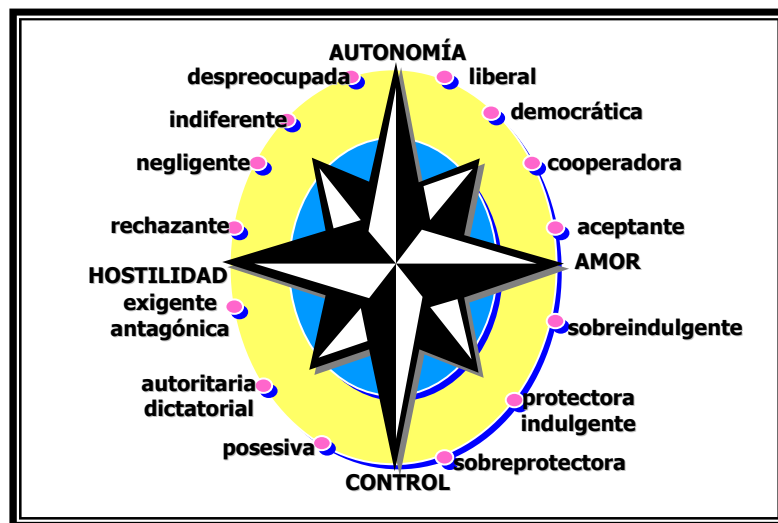


Figura 12. Actitudes maternas que influyen en el desarrollo de la personalidad de los niños (Adaptada de Bayley y Schaefer).<sup>16</sup>

### 2.2.1.1 Sobreprotección

El sentimiento usual que las madres tienen por sus hijos es de amor y afecto. Esto es considerado un prerrequisito para el sano desarrollo emocional del niño. Una exageración de esta actitud es decir, la sobreprotección puede ser potencialmente nociva para el desarrollo normal del niño.<sup>11</sup>

Numerosas causas pueden brindar el estímulo para la sobreprotección materna:

- Abortos previos
- Larga espera en la concepción
- Un periodo de esterilidad
- Si ha muerto otro hermano
- O si la madre esta al tanto de que ella no puede tener mas hijos
- Una enfermedad seria o una condición de impedimento
- La ausencia paterna por muerte o divorcio

Hay varios signos que ayudan a identificar a la madre sobreprotectora. En general, es aquella que brinda un cuidado excesivo en la alimentación, vestido, higiene; y está constantemente involucrada en las actividades sociales del niño, impidiéndole correr los riesgos ordinarios del juego, a la par que demuestra gran aprensión respecto a los problemas médicos.

La madre sobreprotectora retarda la maduración psicológica normal del niño, y tiende a “infantilizarlo”.<sup>11,12</sup> La conducta abierta que muestra el niño depende de que si la protección materna va con dominancia o con sobreindulgencia. La madre sobreprotectora dominante está asociada con un niño sumiso; la madre sobreprotectora sobreindulgente, con un niño agresivo.

Los niños de madres sobreprotectoras dominantes muestran una extrema timidez, una conducta sumisa y ansiedad. El niño sumiso será comúnmente un paciente cooperador, aunque puede ser difícil establecer conexión, o hasta una comunicación casual.

Los niños de madres sobreprotectoras indulgentes son agresivos y exigentes, y esperan una atención constante y servicio. Las negativas a sus deseos pueden producir berrinches o ataque físico. Estos niños generalmente, tienen dificultad para hacer amigos. Debido a su comportamiento tiránico. El niño agresivo comúnmente no se mostrará ansioso en una situación ambiental nueva o poco familiar. Como el consultorio. Sin embargo, puede esperar o exigir atención.

#### 2.2.1.2 Sobreindulgencia

La sobreindulgencia puede estar asociada con la sobreprotección, o ser el rasgo materno dominante. Los padres sobreindulgentes dan al niño todo lo que quiere, en cuanto sea financieramente posible, incluyendo juguetes, golosinas, ropa y comúnmente ponen muy pocas restricciones sobre la conducta de su hijo. Otros parientes tales como los abuelos, son también, con frecuencia, demasiado indulgentes.<sup>11</sup>

El niño de padres sobreindulgentes es un niño “malcriado” acostumbrado a hacer lo que quiere. Su desarrollo emocional se halla estancado, manteniéndolo en el estado infantil, dependiente en el que el llanto o un berrinche producirá la conducta que él exige de los padres.

Es incapaz de entretenerse solo y mantiene a los adultos alrededor, inventando diversiones. Estos niños como los de madres sobreprotectoras, esperarán “hacer lo que quieren” en el consultorio y pueden mostrar berrinches cuando no pueden dominar el problema de manera que controlan las situaciones en su hogar.<sup>11,12</sup>

#### 2.2.1.3 Carencia afectiva

Varia desde una leve despreocupación a la indiferencia, o al descuido. Puede comenzar durante el embarazo o desarrollarse más tarde, en la niñez. Una madre es, a veces, menos emocionalmente patrocinadora de su hijo debido a sus intereses externos, a su empleo, o simplemente a que el niño no es querido.<sup>11,12</sup>

Los niños que experimentan la carencia de afecto materno, en general, se comportan bien y aparentan ser bien adaptados. Sin embargo, tienden a ser inseguros de sus capacidades de tomar decisiones. Puesto que no han aprendido ni experimentado el amor en su hogar, el contacto emocional y la conexión con ellos es difícil de lograr. Pueden llorar fácilmente, son tímidos y no pueden o no quieren cooperar. Estos niños a menudo responderán a un sustituto, quienes les darán el apoyo emocional y el afecto necesario.

#### 2.2.1.4 Rechazo

La aceptación contra el rechazo es una de las más significativas influencias familiares. El rechazo materno puede surgir bajo cualquier circunstancia en la cual un niño es querido.<sup>11</sup>

Por ejemplo, el niño puede ser rechazado debido a un matrimonio, también, inestable e infeliz, o debido a que el nacimiento no fue anticipado y su presencia interfiere con la carrera de la madre u otras ambiciones; o debido también a que la madre misma es inmadura o emocionalmente inestable. El rechazo es comúnmente abierto. La conducta de la madre está caracterizada por el descuido del niño, frecuentes castigos, regañones y resistencia a gastar dinero o tiempo en él.<sup>11,12</sup>

El niño carece casi siempre de un sentimiento de pertenencia o de valía. Puede mostrar una ansiedad extrema y ser agresivo, hiperactivo y desobediente. Comúnmente recurrirá a cualquier conducta para obtener atención. Estos niños suelen ser comúnmente niños pacientes difíciles que requieren una considerable modificación de la conducta.

Hay actitudes parentales que pueden ser hostiles e involucrar formas de abuso violento y descuido físico hacia los niños. En caso extremo esta actitud puede producir el “síndrome del niño maltratado”. El abuso y descuido puede ser tanto emocional como físico; ambos destructivos para el desarrollo normal del niño. El odontólogo debe ir más allá del tratamiento específico.<sup>11,12</sup>

#### 2.2.1.5 Autoritarismo

El padre autoritario elige técnicas para controlar la conducta de su hijo que pueden ser llamadas “orientadas al amor”. La disciplina toma, a menudo, la forma de castigo físico o ridículo verbal. La madre autoritaria insistirá en el niño se adapte a su serie de normas, y empleará mucho esfuerzo para entrenarlo de acuerdo a esas pautas.<sup>11</sup>

La respuesta usual del niño al control autoritario es el sometimiento; sin embargo, éste lleva aparejado resentimiento y evasión. Aunque el niño no desobedeciera directamente una orden posee un “gradiente de evitación” aumentado y buscará evadir o retardar la respuesta.<sup>11,12</sup>

### 2.2.2 Influencia de los hermanos y otros familiares

Se cree en la importancia de la transmisión de los miedos y las actitudes de los padres a los niños. Miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación.<sup>15,19</sup>

Se deben considerar dos extremos:

Aquellos factores que son positivos, así como los negativos en la influencia del comportamiento. Son aquellas que ocurren entre hermanos como crear miedo a experiencias que ya las han vivido y en forma maliciosa las transmiten, muchas veces falseando la verdad de los hechos.<sup>16</sup>

### 2.2.3 Influencia de la escuela

Los niños que frecuentan escuelas o centros de cuidado en edad más joven (a partir de un año), tienen oportunidad de recibir y vivir nuevas experiencias en lugares diferentes que el hogar. Tienen por tanto una maduración más rápida, siendo a veces benéfica, cuando el contacto se da con niños que han tenido experiencias positivas. Sin embargo, puede crear también una imagen negativa del odontólogo y creando al mismo tiempo, un miedo subjetivo ante experiencias aún no vividas.<sup>16,20</sup>

### 2.2.3 Influencia de acontecimientos previos: médicos – odontológicos

Es tal vez la más difícil de corregir. El niño ha experimentado en carne propia, que tal o cual procedimiento es molesto o doloroso, o simplemente desagradable. En tal sentido no se puede engañar al niño; se le debe decir que tal vez le va a doler poquito. “Como explicarle al niño, que una anestesia es agradable y que no le va a molestar, si ya antes lo experimento”.

Lo más aconsejable es estar de acuerdo con lo que el niño refiere, que podría haber sido mal manejado y más bien, ofrecerle un mejor método – que de ser exitoso – ganaría su confianza.<sup>16</sup>

## 2.3 INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO

Existen factores que influyen directamente o indirectamente en la conducta del niño, como:

- **La actividad del odontólogo y sus actitudes**
- **El atuendo del odontólogo**
- **La duración y la hora de la cita**
- **El ambiente físico y su atmósfera**
- **La presencia de un acompañante en el ambiente de trabajo**

### 2.3.1 La actividad del odontólogo y sus actitudes

Si bien la experiencia odontológica provoca ansiedad en algunos niños, la capacidad básica del mismo para enfrentarla determinará si puede ser considerado un buen paciente.

Las actitudes del odontólogo apoyan a un niño en su intento de establecer una conducta adecuada. Jenks<sup>11</sup> ha afirmado: los métodos con los que un odontólogo aborda y trata a un niño, son de importancia crítica para las reacciones y actitudes del niño en la situación de tratamiento odontológico. (Figura13)



Figura 13. Actitud del dentista hacia el paciente.<sup>18</sup>



Describe seis categorías de actividades por las que los odontólogos pueden fomentar o estimular la conducta cooperadora en los niños.<sup>11, 16</sup>

- **Obtención de datos y observación**
- **Estructuración**
- **Externalización**
- **Empatía y apoyo**
- **Autoridad flexible**
- **Educación y Entrenamiento**

#### 2.3.1.1 Obtención de datos y observación

La obtención de datos implica recopilar el tipo de información sobre un niño y sus padres en una entrevista formal o informal en el consultorio o mediante un cuestionario, o mediante un cuestionario escrito. La observación involucra la percepción de las características de conducta abiertas o sutiles de un niño, que brinda indicios con respecto a cómo deberá ser abordado por el odontólogo y su personal. La observación comienza examinando la conducta del niño en la sala de recepción, incluyendo la interacción con el padre. Una vez dentro del consultorio y durante el tratamiento, la respuesta del niño a las cosas nuevas, ruidos y olores del consultorio, y su manera de responder a las instrucciones del profesional deberán responder sobre la conducta de un niño.<sup>11,16</sup>

- **¿como enfrenta el niño la situación odontológica?**  
*Cooperador, interesado, aburrido, apático o temeroso*
- **¿que emociones muestra el niño?**  
*Es vivaz y responsivo, o es serio, triste*

Las respuestas a estas preguntas deberán permitir al odontólogo modificar su relación con el niño, de acuerdo con la percepción de la personalidad individual de éste. Donde el profesional puede esforzarse en estimular al niño apático, ansioso, etc.

#### 2.3.1.2 Estructuración

Se refiere al establecimiento de las líneas guías de conducta comunicadas por el odontólogo y su personal al niño. Jenks<sup>11</sup> describe varias maneras por las que el odontólogo puede estructurar la visita odontológica.

- El odontólogo explica al niño, en un lenguaje que pueda comprender, el propósito del tratamiento odontológico.
- El odontólogo prepara al niño para cada fase del tratamiento describiéndola de antemano. También da una estimación de cuándo será completada una operación. Puesto que los niños más pequeños no pueden conceptualizar el tiempo de función de minutos o segundos, debe usarse un método apropiado para el nivel de madurez del niño.
- El odontólogo divide cada procedimiento en etapas. La iniciación de cada etapa en la terapia es identificada, el procedimiento es descrito, y se le dice al niño cuándo una etapa esta completa.
- El odontólogo prepara al niño para cada cambio de sensación antes que la experimente. Esto incluye la modificación de la posición del sillón, el posible dolor, la vibración de la pieza de mano y el ruido mismo.

- El odontólogo informa al niño cuándo ha sido programada la próxima visita, y qué se le hará en ella.

### 2.3.1.3 Externalización

Es un proceso por el que la atención del niño es enfocada fuera de las sensaciones asociadas con el tratamiento odontológico. Jenks<sup>11</sup> recalca que pueden existir dos componentes de externalización “la distracción y el compromiso”, y que el énfasis principal deberá estar en el segundo. Además, afirma que “el objetivo es interesar e involucrar al niño, pero sin sobreestimularlo en descargas versarles o motoras que podrían interferir con los procedimientos necesarios”. Por ejemplo: La inyección local, durante este procedimiento, los niños tienden a enfocar toda su atención, percepción y sensación en el sitio de la inyección. Existen dos métodos de externalización de la atención del paciente: el primero involucra al niño en una actividad verbal; y el segundo, en una actividad odontológica.

Antes de aplicar la inyección, el odontólogo puede decir al niño que cuente lentamente hasta 10, y cuando termine de contar el procedimiento habrá terminado. Este simple procedimiento cumple varias finalidades. Primero, distrae al niño, pues no se concentrara en ello sino en contar. También involucra al niño debido a que tiene que contar junto con el odontólogo.

La externalización se cumpliría también involucrando a los pacientes con la actividad odontológica. Esto puede hacerse no sólo describiendo el procedimiento odontológico, sino dando al niño un espejo de mano con el que pueda observar la mayor parte de los procedimientos.

#### 2.3.1.4 Empatía y apoyo

La empatía es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros sin perder la propia objetividad. Los odontólogos no deberán estar totalmente inmersos en los aspectos técnicos de la terapia. Ellos deben tener la sensibilidad y la capacidad de responder a los sentimientos de los niños. La muestra de empatía del odontólogo apoyará los esfuerzos del niño por comportarse adecuadamente en la situación odontológica.<sup>11</sup>

- Permitir a los niños expresar sus sentimientos de temor o de enojo, y sus deseos, sin rechazarlos. Sin embargo, se aceptarán ciertas manifestaciones como patear o luchar.
- Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas. Esto puede hacerse verbalizando lo que ellos experimentan. Por ejemplo, durante el tallado, el odontólogo puede decir, ¿esto hace ruido, no es cierto? Suena como una sirena y a veces aturde tus oídos. También los míos. Terminaré lo antes posible.
- Confortando a los niños cuando sea apropiado. Puede hacerse mediante una cuidadosa elección de las palabras, el tono de la voz, o tocando al niño y dándole una palmadita.
- Estimular a los niños cuando muestran una conducta aceptable.
- Escuchar los comentarios de los niños cuando desean hablar. Además, no se les deberá permitir usar la comunicación verbal como un método de postergar el tratamiento.

- Brindar una situación estructurada en la que los niños puedan sentirse seguros.

#### 2.3.1.5 Autoridad flexible

Si bien el odontólogo debe controlar la interacción con el paciente, su autoridad será atemperada en un grado de flexibilidad o compromiso con el objeto de cumplir con las necesidades del paciente o la situación en particular. No pueden darse reglas generales, puesto que la personalidad de cada odontólogo, en parte determinará el enfoque. La gran mayoría de los niños no requieren medidas de control extraordinarias. Cuando una visita dental se deteriora porque el niño se está comportando mal o exhibiendo alguna otra conducta interruptiva, el odontólogo debe considerar si la conducta es por la falta de madurez del niño.<sup>11</sup>

#### 2.3.1.6 Educación y entrenamiento

El odontólogo deberá implementar un programa que eduque tanto a ellos como a sus padres, con respecto a lo que constituye la buena salud dental, y los estimule para hacer los cambios de conducta necesarios para lograr esos objetos.<sup>11</sup>

### 2.3.2 El atuendo del odontólogo

No existe un estudio hasta ahora, que haya evaluado la influencia que tiene la vestimenta del odontólogo y su personal, sobre la conducta del niño. Sin embargo la vestimenta clásica de color blanco y de diseño hospitalario, identifica a un personaje que en edades tempranas, ha causado algún malestar en el niño.

Sin embargo, actualmente se está dando más importancia a la vestimenta bajo el principio de “bioseguridad”, que son atuendos mandiles largos, mascarillas, gorros y guantes.<sup>11,16</sup>

### 2.3.3 La duración y la hora de la cita

Las visitas no deben ser demasiado largas. Visitas de corta duración parecen más apropiadas para niños preescolares.

Se consideran visitas cortas aquellas que se duran menos de 30 minutos.<sup>14</sup> El tiempo de atención que pueden ofrecer es realmente corto y parece razonable suponer que con visitas largas las posibilidades de perder la cooperación aumentan.

Las visitas por la mañana son preferibles a las visitas por la tarde en niños de más corta edad, ya que por la mañana no están cansados como por la tarde, y pueden ofrecer mayor rendimiento. Además, el profesional está menos cansado y por ello, más preparado para enfrentar a conductas negativas.<sup>11</sup>

### 2.3.4 El ambiente físico y su atmósfera

Han comprobado que los niños que se encuentran en ambientes agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad. (Figura 14) De allí la necesidad de convertir el ambiente odontológico en un escenario agradable, donde el niño se sienta seguro. La sala de espera debe ser luminosa, alegre y cálida, en ella el niño debe sentirse relajado y contento. Al niño le agrada encontrar cuentos, crayones y libros para pintar, juguetes, etc.<sup>12,23</sup>



Figura 14. Acondicionamiento de la sala de espera.<sup>14</sup>

#### 2.3.4 La presencia de un acompañante en el ambiente de trabajo

La presencia de un acompañante en el ambiente de trabajo, tiene algunas ventajas, así como también otras veces, algunas desventajas, para ello es necesario establecer muy bien las indicaciones en las que se debe permitir y hasta estimular la presencia de un acompañante y también la situación en las que se debe evitar esta presencia y hasta recomendarla como una necesidad.<sup>16</sup>

Es necesaria la presencia de un acompañante:

- En la visita inicial del paciente niño
- En pacientes infantiles
- En pacientes receptivos tímidos
- En pacientes con algún impedimento físico y/o mental
- En pacientes con padres desconfiados

En estos casos, la presencia de los padres sólo se justifica hasta lograr que el niño tome confianza y familiaridad, generalmente ocurre en no más de dos citas. Sin embargo, se debe recomendar y hasta prohibir la presencia en pacientes con conducta desafiante. Se aspira que la decisión que se tome, sea para establecer más rápido y mejor, una relación odontólogo - paciente; en algunos casos porque brindan un apoyo positivo para la conducta y en otros, porque se quiere evitar interferencias negativas, para alcanzar una buena comunicación.

A fin de cuentas, lo que se desea es darle al niño la oportunidad de desarrollar su propia personalidad y su autoconfianza, que logra cuando no tiene un interlocutor a su lado. Son estas las situaciones que al enfrentarlas el niño, le permitirán madurar “un poco más”.<sup>16</sup>



## **CAPÍTULO III**

### **CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE INFANTIL (COMPORTAMIENTO)**

El cambio de comportamiento del paciente indica la capacidad de aprendizaje que tiene el niño y también muestra al profesional si su actuación durante los tratamientos es la adecuada para ir mejorando la adaptación del niño a los procedimientos. La manera de conseguir un alto grado de aceptación del tratamiento en un niño se consigue invirtiendo el tiempo suficiente en las primeras visitas, para dejar que el niño se adapte gradualmente a la nueva situación que experimenta.<sup>1</sup>

Los niños con un comportamiento que interrumpe significativamente el tratamiento, son clasificados como “problemas de conducta.” algunos de ellos, como los mental o físicamente impedidos o el niño muy pequeño, emocionalmente inmaduro, pueden ser incapaces de controlar su conducta; otros, simplemente pueden no querer cooperar.<sup>16</sup>

La clasificación del comportamiento del paciente así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar son importantes para definir que tipo de manejo del comportamiento se le da al paciente. Aunque es difícil hacer un diagnóstico preciso como se hace en otras áreas clínicas, sí se reportan en la literatura distintas escalas restrictivas y globales que pueden servir de orientación para la evaluación del niño.<sup>22</sup>

### 3.1 DIVERSAS CLASIFICACIONES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

#### **Escala de puntuación del comportamiento de Frankl<sup>5</sup>**

1. Definitivamente negativa
2. Negativa
3. Positiva
4. Definitivamente positiva

#### **Clasificación: según E. Lamsphire<sup>16</sup>**

1. Paciente cooperador
2. Paciente tenso-cooperador
3. Paciente aprensivo exteriorizado.
4. Paciente miedoso paciente terco o desafiante
6. Paciente hiperemotivo
7. Paciente excepcional

#### **Clasificación: según Ramón Castillo<sup>16</sup>**

1. Paciente receptivo
2. Paciente no receptivo
3. Paciente físicamente impedido
4. Paciente mentalmente impedido
5. Paciente física y mentalmente impedido
6. Paciente infante

### **Clasificación de Fernando Escobar<sup>16</sup>**

- 1.- Paciente cooperador.
- 2.- Paciente con falta de capacidad de cooperar.
  - Niños muy pequeños
  - Pacientes física y mentalmente impedidos
- 3.- Paciente cooperador potencial. (Figura 15)

### **3.2 CLASIFICACIÓN DE FERNANDO ESCOBAR**

Es útil poder categorizar objetivamente las conductas que los niños presentan en la consulta; éstas pueden observarse desde los primeros contactos y ser debidamente evaluadas.<sup>9</sup>



Figura 15. Tipos clásicos de comportamiento del paciente infantil.<sup>9</sup>

### 3.2.1 Paciente cooperador

A un paciente niño se le considera cooperador, cuando está razonablemente tranquilo y/o relajado, con un mínimo de temor manifiesto y en algunos casos, deseosos de participar en esta nueva experiencia. Se muestra muy sociable estableciendo con el odontólogo y otro personal de apoyo, una rápida y fácil comunicación, su capacidad de adaptación les permite cumplir con los requisitos de las acciones clínicas.

Estos pacientes cooperadores se sienten personas mayores con una autoconfianza y decisión sorprendente y la atención de este tipo de pacientes, resulta muy cómoda y eficiente. (Figura 16) Sin embargo, hay una leve variación de comportamiento inicial, que puede confundir al odontólogo. Su conducta cuando llegan a su primera experiencia, no es cooperadora; sin embargo, “son cooperadores potenciales” que con un buen manejo, se modifica fácilmente y se convierten en pacientes niños cooperadores reales.<sup>9,16</sup> Estas son ejemplos de la conducta que los pacientes pediátricos pueden presentar:

- Tímidos
- Sobreprotegidos
- Rebeldes
- Conducta incontrolada



Figura 16. Paciente cooperador.<sup>14</sup>

### 3.2.2 Paciente con falta de capacidad de cooperar

Son aquellos pacientes con los cuales no se puede establecer una buena comunicación. Si bien es cierto que podría estar en este grupo, el niño de muy corta edad, no lo consideramos, porque este niño todavía no tiene suficiente capacidad de comprensión de lo que se le dice. También pueden considerarse aquellos niños con problemas física y mentalmente impedidos. Siempre será un *paciente difícil* por lo tanto, las precauciones de su manejo deben tomarse en cada una de sus visitas, aún cuando los procedimientos sean muy sencillos. (Figura 17) El odontólogo así como el asistente, deben tener una lógica secuencia (decir- mostrar- hacer) y debe de ser constante.



Figura 17. Niño que no quiere entrar a consulta.<sup>17</sup>

#### 3.2.2.1 Paciente muy pequeño

A este grupo, se le debe dar una consideración especial, porque este niño todavía no tiene suficiente capacidad de comprensión de lo que se le dice. Su comportamiento no depende, la mayor parte de las veces de alguna alteración orgánica, sino mas bien a su corta edad a su poca experiencia, a su grado de desarrollo psicológico, a su limitada capacidad de entendimiento a su limitado lenguaje y vocabulario, a su inteligencia en desarrollo, a su extrema ligazón con la madre todavía, a su poco roce social, etc. En tal virtud, su manejo que es muy difícil al comienzo, debe hacerse teniendo en cuenta estas condiciones, siguiendo una sistematización y una secuencia lógica para no crear algo inconveniente que pueda dañar una experiencia de enseñanza – aprendizaje a esta edad.<sup>16</sup> (Figura 18)



Figura 18. Niño pequeño durante la consulta dental.<sup>14</sup>

#### 3.2.2.2 Paciente física y mentalmente impedido

Todo paciente con un impedimento físico (sordera, ceguera, motricidad alterada, mudez, etc.), presenta algunas manifestaciones que lo hacen un paciente especial por su variado comportamiento. Puede ir desde una conducta tímida o humilde que atrae con cariño y otras veces con compresión, hasta aquéllas que muestran agresividad, rebeldía, etc. Como en algunos de los casos, la comunicación no puede establecerse fácilmente, hay necesidad entonces, de usar técnicas específicas.

Este tipo de paciente mentalmente impedido corresponde a aquél, cuyo desarrollo psicológico así como el mental y su cociente de inteligencia, están disminuidos hasta alcanzar en los más graves, el retardo mental severo. (Figura 19)

Lamentablemente, debido a que muchas de las funciones en estos pacientes, están alteradas y sus hábitos de higiene son limitados, el estado de su salud es por lo general, muy malo. En estos casos, se necesita circunstancialmente, emplear técnicas (sedación y anestesia general).<sup>16</sup>



Figura 19. Niños mentalmente impedidos (síndrome de Down).<sup>23</sup>

### 3.2.3 Paciente cooperador potencial

Pacientes en esta categoría son los niños “*problema*”. Su conducta no es cooperadora.<sup>9</sup> Puesto que en este caso los pacientes si tienen la capacidad para cooperar.<sup>5</sup> (Figura 20)





Figura 20. Niño cooperador potencial.<sup>17</sup>

Pero su conducta puede ser modificada favorablemente; algunas manifestaciones típicas en este grupo son:

- **Niño con alteraciones emocionales**
- **Niño tímido o introvertido**
- **Niño atemorizado**
- **Niño con aversión a la autoridad**

#### 3.2.3.1 Niño con alteraciones emocionales

La ansiedad es un dato fiable de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental se complica con la de un problema psicoemocional, a menudo se presenta una crisis conductual. Los niños con trastornos emocionales son pacientes dentales muy difíciles. (Figura 21)

No suele haber un diagnóstico confirmado. Los padres incluso los muy inteligentes y bien informados, no tienen idea de que algo anda mal. Acostumbrados al comportamiento de su hijo, por lo general pasan por alto las anomalías de su conducta.

Los trastornos emocionales pueden presentarse también en los niños de familias desintegradas y otras circunstancias de vida poco afortunadas. Los niños de escasos recursos económicos tal vez sufren más alteraciones emocionales que los de clases privilegiadas. En su conjunto los niños abandonados y maltratados exhiben mayor incidencia de alteraciones emocionales. Sin embargo, el profesional obliga a expresar cualquier opinión que pudiera beneficiar al pequeño. Por su puesto cuando se sospecha maltrato y abandono, se tiene la obligación legal de informar la situación a las autoridades correspondientes.<sup>1,15,25,26</sup>



Figura 21. Problemas conductuales del paciente.<sup>9</sup>

### 3.2.3.2 Niño tímido o Introvertido

La introversión y la timidez constituyen un problema para los niños que las padecen, en particular los más pequeños. La visita al dentista supone un encuentro humano bastante intenso, que exige empatía y un buen grado de comunicación entre odontólogo y paciente, es obvio que la experiencia causará tensión emocional al niño muy tímido. Esta tensión quizá derive en conductas evasivas, como el llanto el cual suele adoptar de un tímido sollozo y cohibido. (Figura 22)

El introvertido rara vez muestra un comportamiento de evasión agresivo, como una rabieta. Sin embargo ante la amenaza, pierde el tono muscular y tiembla. Hay varias razones para explicar esta forma de conducta, sobreprotección en el hogar, falta de contacto social.

Objetivo: conseguir una buena empatía, confianza y una buena comunicación. Lo cual exige paciencia con los tímidos, por su poca capacidad para (actuar con cuidado ante alguien y determinar lo que piensa o puede hacer), de modo que el desafío de la comunicación los paraliza.

Ya que con todo, por grande que parezca el reto, las diversas técnicas de comunicación y un lenguaje adecuado, el uso de elogios y la técnica triple E, vencen con seguridad la barrera tras la cual protegen su personalidad y con el tiempo, en algunas ocasiones antes de lo esperado se sincera, esta apertura no siempre sucede, pero con frecuencia se produce.<sup>1,15,26</sup>



Figura 22. Paciente, huye del escenario y se esconde como una respuesta negativa.<sup>16</sup>

### 3.2.3.3 Niño atemorizado

Estos niños representan un reto enorme para el odontólogo, así como para maestros, médicos, padre y cualquier persona que lo trate. Así mismo la magnitud del temor con que ha de lidiar el odontólogo es quizá mayor que la que enfrenta cualquier adulto que interactúe con el niño. El temor abarca desde miedo a las jeringas y al daño corporal, al temor general a lo desconocido, (todos los objetos, ruidos, olores y expectativas que razonablemente podrían vincularse con la experiencia dental). (Figura 23)

El miedo puede ser el factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al dentista, pero es difícil saber si la no cooperación del niño se debe al miedo o bien la causa es otra o multifactorial.

Algunas de las observaciones que un padre y el clínico pueden utilizar para reconocer al niño muy temeroso ante la cita odontológica son.<sup>1,15</sup>

- El niño es incapaz de vencer sus miedos a pesar de las explicaciones del odontólogo o de sus padres, ya sea por su edad cronológica (a partir de los 36 a 40 meses de edad, la mayoría de niños normales presentan capacidad intelectual para disminuir sus miedos, cuando reciben información acerca de lo que va a suceder) o bien por un desarrollo lento (tal vez retraso mental).
- El niño reacciona de manera exagerada a los temores debido a otros problemas emocionales en su vida (ejemplo, niños provenientes de hogares en crisis por divorcio o separación, niños que sufren abusos y otros que pierden a algún familiar, amigo o mascota). También se incluyen en este grupo a los que se enfrentan a problemas de salud.
- El niño incorpora miedos de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.
- El niño sufrió una mala experiencia médica o dental. Estos son miedos aprendidos.
- El niño presenta alguna alteración emocional.

La no superación del miedo puede suponer posponer el tratamiento, y por tanto, empeorar la salud bucodental del niño. En estos casos está justificada la utilización del tratamiento dental bajo anestesia general.

Por lo general es posible identificar a los niños muy atemorizados antes de iniciar el procedimiento odontológico. La única dificultad es la tocante al paciente con alteraciones emocionales. Cuando estas se sospechan (porque no hay razón que explique tal terror), la sugerencia más profesional continua siendo que el odontólogo, remita al niño a un examen psiquiátrico, psicológico o de otro tipo.

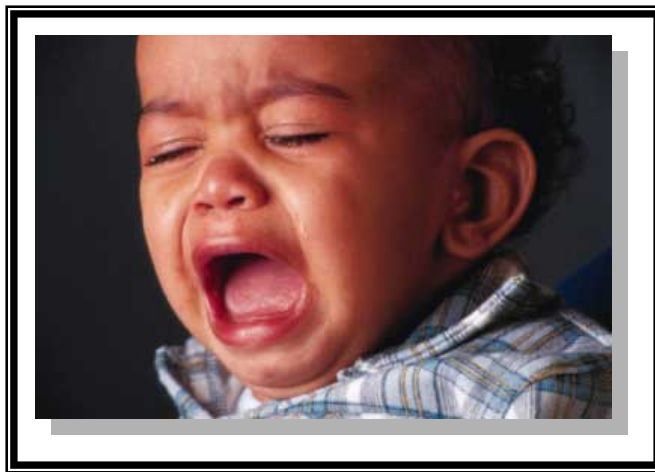


Figura 23. Niño llorando.<sup>27</sup>

#### 3.2.3.4 Niño con aversión a la autoridad

Se trata de niños difíciles que no pueden aceptar y seguir las instrucciones de los adultos. Son pacientes consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes. Les cuesta mucho obedecer. (Figura 24) El odontólogo representa una figura de autoridad, y este tipo de pacientes rechaza cualquier autoridad. En consecuencia el dentista pasa a ser un candidato especial para estimular este tipo de conducta inadecuada.

Según Adler<sup>15</sup> (1958) y Dreikurs (1964), existen cuatro objetivos mal enfocados en potencia, los cuales se filtran en el repertorio de la personalidad infantil, donde se satisface de manera sutil el fuerte deseo humano de buscar la superioridad.

➤ **Atención indebida:**

Características conductuales: fastidioso, irritante, molesto y quebrantado.

➤ **Lucha por el poder:**

Características conductuales: discute y contradice, realiza lo contrario a las instrucciones, causa enojo en la gente y berrea.

➤ **Revancha y venganza:**

Características conductuales: tiene carácter violento, dice cosas que lastiman a las personas, busca venganza y hace tratos.

➤ **Insuficiencia:**

Características conductuales: se da por vencido con facilidad, rara vez participa, actúa de manera incapaz y muestra insuficiencia.



Figura 24. Niña que no quiere aceptar el tratamiento.<sup>28</sup>

Los niños mal dirigidos también pueden describirse como prefigurativos. El término prefigurativo a diferencia del posfigurativo y configurativo, proviene de Margaret Mead. En esencia denota al niño criado por padres prefigurativos, los cuales educan a sus hijos fuera de cualquier tradición cultural estable. También se ha observado que los hijos de padres prefigurativos no están acostumbrados a escuchar peticiones de adultos. Por consiguiente, esta falta de costumbre predice problemas potenciales para el dentista.<sup>26</sup>



## CAPÍTULO IV

# TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

*La modificación del comportamiento es el método mediante el cual el equipo odontológico realiza en el niño un tratamiento efectivo y eficiente y al mismo tiempo, hace aparecer en él una actitud positiva hacia la odontología.<sup>5</sup>*

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo. Esta rama de la psicología plantea que el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las sustancias ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones.<sup>22</sup>

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 para 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 consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.<sup>22, 29</sup>

El proceso de enseñanza-aprendizaje, conlleva la realización de una técnica sistematizada, ordenada y estandarizada en lo posible, para establecer las diferencias y luego aplicarla en la línea que corresponde a cada caso.<sup>16</sup> Sin embargo esta técnica se denomina *modificación del comportamiento*.

En general se aplica desde una perspectiva que comprenda las relaciones odontólogo- paciente intraoperatorias.<sup>5</sup>

El aprendizaje conduce a la madurez emocional, porque se evitará así, reacciones que deforman los hechos por experimentar.

El niño deberá aprender a reconocer lo que es agradable, cómodo, así como también lo que es necesario, beneficioso; y por el contrario, debe saber aquello que es desagradable y dañino; todo por supuesto, en términos de su salud e integridad física.

En la adquisición de una conducta positiva, existen dos situaciones:

La primera, es facilitar la adquisición de una conducta que el individuo no posee, mediante enseñanza aprendizaje; y, la segunda, modificar una conducta adquirida pero inadecuada, en cuyo caso, antes del nuevo aprendizaje, existe una fase previa de extinción de la conducta inadecuada.<sup>16</sup>

Hay una variedad de técnicas y recursos, los cuales ayudan de manera fiable al odontólogo en el adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad.<sup>15</sup>

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

## 4.1 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

Para que un tratamiento tenga éxito en los niños pequeños lo primero que hay que hacer es establecer una buena comunicación que es la verdadera clave para dirigir la conducta.<sup>1, 9, 15</sup> El odontólogo debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación, tanto a nivel verbal como paraverbal (contacto visual). (Figura 25) El niño es hábil en detectar expresiones faciales, los contactos, los gestos que ocurren durante la visita, aun durante los períodos de silencio. Las palabras por sí mismas no bastan, aparentemente importa más su tonalidad, calidad y el sentido entrelíneas. Si un niño participa en la conversación, se relaja y podemos obtener información sobre él. Hay muchas maneras para iniciar una comunicación verbal con el niño, y su efectividad varía según la edad de éste.

La comunicación es un proceso complejo y multisensorial que incluye un emisor, un medio y un receptor. El primero es el odontólogo o el equipo odontológico, el medio suele ser el habla, y el receptor es el niño. El mensaje debe ser claro tanto en el sentido emisor-receptor como en el contrario. Tal como señala Chambers,<sup>5</sup> que debe existir un ajuste entre lo que se pretende decir y lo que se entiende.

Con frecuencia se utilizan eufemismos para explicar los procedimientos empleados en la consulta y mejorar así la claridad del mensaje que se da a los niños. Para los odontopediatras, los eufemismos o sustitutos de palabras son como un segundo lenguaje.<sup>5</sup>



Figura 25. Comunicación odontólogo paciente.<sup>30</sup>

Folayan y cols.<sup>31</sup> Mencionan que otra técnica para el manejo psicológico de la conducta del paciente infantil durante el tratamiento, es el proporcionar al niño un medio que ayude a disminuir su ansiedad y puede ser a través de un espejo facial o bien el permitir que el tratamiento sea detenido cuando el paciente levante su mano para indicar que desea comunicarse con el odontólogo. (Figura 26)



Figura 26. Paciente levantando la mano para indicar que desea comunicarse con el odontólogo.<sup>32</sup>

#### 4.1.1 Lenguaje pediátrico

La técnica lingüística es de carácter comunicativo y entrena la conversación entre el odontólogo y con el niño y viceversa. La madurez en el habla es importante en estos pacientes.<sup>26</sup> Hay que tener mucho cuidado en escoger el lenguaje apropiado. Hay que ponerse al nivel del niño en palabras e ideas. Ha de ser un lenguaje que pueda entender. (Tabla 3) Nunca hay que mentir a los niños. Es necesario explicar las cosas de forma que puedan entenderlas, pero sin engañarles.

Es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad. La verbosidad solo puede confundir al niño, Lograr que no nos crea y crearle confusión. La técnica exige que el odontólogo sea quien inicie la comunicación. Si puede ser, es interesante que el niño lleve la conversación.

Con niños pequeños esta indicado añadir algo de fantasía a la conversación, hablarles siempre a su nivel o a un nivel ligerísimamente superior. Hay que realizar pequeñas adaptaciones en el lenguaje para niños de distintas edades.<sup>15</sup> Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado. No vamos a utilizar las mismas palabras para describir un procedimiento a un niño de 6 años que a un adolescente. Algunos ejemplos de este lenguaje pediátrico son los siguientes:

<b>Terminología dental</b>	<b>Palabras sustitutivas</b>
Pieza de alta velocidad	Viento, avión
Alginato	Gelatina
Anestésico	Jugo para dormir al diente
Caries dental	Hoyo, punto oscuro, diente enfermo
Explorador	Contador de dientes
Matriz	Cuevitas para llenar
Pasta y Sellador de Fisuras	Pasta plástica o brillador de dientes
Pasta profiláctica	Pasta dental especial
Dique de hule	Impermeable de hule
Grapa para dique de hule	Broche para diente
Bandas de acero inoxidable	Anillo para el diente
Aparato de rayos X	Cámara digital
Radiografía	Fotografía dental
Eyector	Limpiador, aspiradora, bebedor de saliva

Tabla 3. Ejemplos de vocabulario pediátrico.<sup>8</sup>

A la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso. Lo cual les permite distraerse y no pensar en los procedimientos dentales. Si los niños preguntan cosas hay que tratar de responderles directamente. No obstante, hay que vigilar que no nos pregunten cosas para retardar procedimientos.

El lenguaje deberá ser veraz, concreto y sencillo, debe reflejar la idea que el profesional tiene los conocimientos, habilidades y medios suficientes como para completar el tratamiento en buenas condiciones y al mismo tiempo que está capacitado para ayudar al paciente a conseguir los propósitos de las acciones clínicas con un mínimo de molestias.

*Objetivo:* disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.

*Indicaciones:* Puede usarse en todos los pacientes.

*Contraindicaciones:* No esta contraindicada para ningún paciente.

#### 4.1.2 Decir-mostrar-hacer

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente por **tell – show – do** (TSD). Habitualmente se conoce por la técnica del “diga – muestre – haga” o de la triple E (EEE) de “explique – enseñe- ejecute” .<sup>15</sup>

Desde la introducción por Addelston<sup>1</sup> en 1957 esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de conducta.

El odontólogo le explicará al menor los procedimientos que se realizarán en un lenguaje que entienda, esto se hace tan lentamente como sea posible, en forma clara, de acuerdo a su edad, con tantas repeticiones como sean necesarias, hasta que el niño este consiente de los procedimientos que se le realizaran, evitando cualquier comentario que pueda ser mal interpretado o que pudiera provocar temor o desconfianza. La idea es familiarizar al niño con ambientes, instrumentos y gentes nuevas.

Este método constituye el fundamento de la fase educativa para inducir en el paciente pediátrico dental un comportamiento relajado y tolerante. Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo. **Decir** al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier maniobra con el fin de reducir la ansiedad y el miedo; (Figura 27-A) **Mostrar** al niño exactamente cómo se va a llevar a cabo la técnica, (Figura 27-B) **Hacer** o efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.<sup>1, 15</sup> (Figura 27-C)

La técnica es sencilla y siempre útil. Para tener éxito este procedimiento debe efectuar de manera que se pase de un estadio al otro sin interrupción, y ha de ser continuo desde que el niño entra en la consulta dental hasta que sale de ella. A medida que un nuevo instrumento, un nuevo procedimiento o una nueva persona son introducidos, la técnica de la triple E debe ser usada para orientar al niño gradualmente en la manifestación de los estímulos que provocan ansiedad, evidentemente, al utilizar esta técnica debe cuidarse mucho el tipo de lenguaje.

*Objetivo:* Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente.



*Indicaciones:* Puede usarse en todos los pacientes.

*Contraindicaciones:* No esta contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal.



(A)



(B)



(C)

Figura 27. (A) Odontólogo diciendo al niño que es lo que va a realizar.

(B) Mostrándole al niño.

(C) Haciéndole el tratamiento al niño.<sup>16</sup>

### 4.1.3 Control de voz

En esta técnica, el odontólogo adopta una actitud autoritaria. Está destinada a restablecer una comunicación perdida con los pacientes debido a una conducta no colaboradora, tratándose generalmente de una rabieta.<sup>15</sup> Si se utiliza en las situaciones correctas y del modo adecuado, el control de la voz constituye una herramienta muy eficaz en el manejo de los niños.

Consiste en una modificación del tono y volumen de la voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente y de proyectar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones. Es más importante el tono de voz en sí que lo que se dice en concreto. Sin embargo, No debe confundirse con gritar al paciente o enfadarse con él. (Figura 28)

Las expresiones faciales del profesional deben acompañar al cambio del tono de voz. No deben transmitirse mensajes distintos, uno de forma verbal y otro de forma paraverbal. En ocasiones, incluso el odontólogo puede realizar “control de voz” sólo con la expresión facial. Se observa que la expresión facial transmite al niño la idea de seriedad y control que tiene el odontólogo (la voz y el rostro infunden poder para tratar al niño). El poder de replantear la petición constituye la esencia de ser competente en el trato con niños que no se comportan. Esta capacidad es MENTAL (las palabras) y FÍSICA (el rostro y el cuerpo). El cuerpo es importante para la voz y la cara.<sup>26</sup>

La dimensión corporal se describe como el “LUGAR”, si bien debe interpretarse como la postura corporal total. Los pies, manos y cabeza guardan relación con el torso, la columna y el patrón respiratorio de forma tal que toda la postura vigoriza al odontólogo y le permite, de manera

simultánea (con o sin reconocimiento consciente), adoptar una postura y movimientos a partir de los cuales pueden emanar sus articulaciones y expresiones más poderosas.

El Dr Héller<sup>26</sup> propone que la actitud se encuentra en función de las interacciones entre estado de ánimo, sentimientos y cómo se conduce la persona. Por consiguiente la actitud de confianza que tiene el odontólogo influye en gran medida en forma en que usa su postura.



Figura 28. Odontólogo realizando técnica control de voz.<sup>33</sup>

### **Dinámica de la actitud y la postura**

La postura hacia el frente y abajo transmite una actitud fundamentada, concisa y poderosa, que es lo que necesita para detener el mal comportamiento en proceso o potencial del paciente infantil. Esta no es la única postura que el odontólogo debe adoptar, pues de hecho hay momentos para las cuatro posturas.<sup>26</sup> (Figura 29)

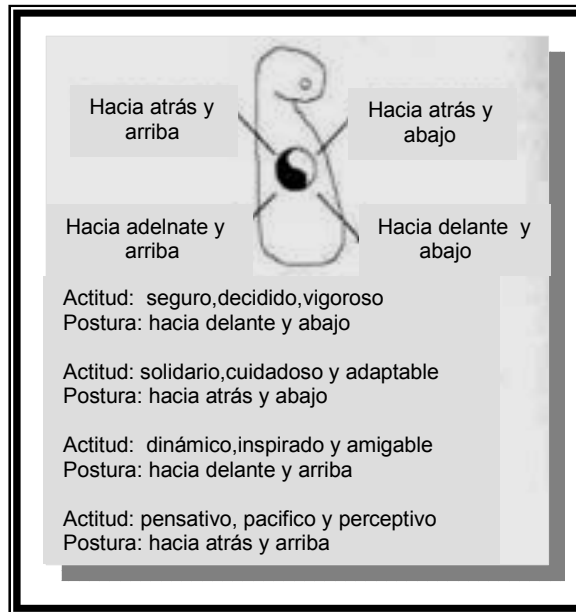


Figura 29. Dinámica de la actitud y postura (Adaptado del Dr. Stuart Héller).<sup>26</sup>

*Objetivo:* Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

*Indicaciones:* Puede usarse en cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.

*Contraindicaciones:* Pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.

## 4.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Consiste en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las expresiones necesarias para aproximarnos a éste, y así sucesivamente.

### 4.2.1 Refuerzo

Se cree que el comportamiento del niño es un reflejo de sus reacciones a las recompensas y castigos en su medio, y que la aprobación obtenida, primero de sus padres y después de su entorno, son formas importantes de recompensa. Según la cual conductas reforzadas persisten y conductas no reforzadas desaparecen.

Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el esfuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento.<sup>22</sup> En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. (Figura 30) Sin embargo, tampoco deben entregarse al final de las visitas si la conducta del niño no ha sido adecuada, ya que entonces reforzamos la mala conducta y el paciente quizá no entienda que esperamos otro tipo de actitud más colaboradora de su parte.

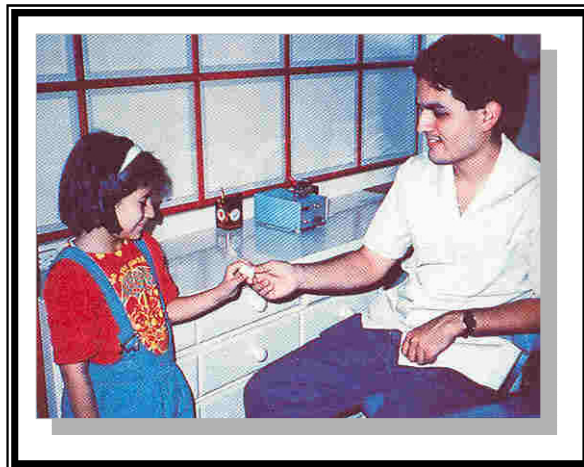


Figura 30. Gratificación al niño, al despedirlo de su consulta.<sup>16</sup>

Los niños reaccionan de manera favorable a los refuerzos positivos, ya que es un modo de demostrar que los logros se valoran. Estos reforzadores positivos pueden ser sociales comunes (elogio, cercanía y contacto físico); y reforzadores de actividad. (Tabla 4 y 5)

Elogio		Expresiones faciales	Cercanía	Contacto físico
Bien	Exactamente	Sonreír	Hablar y/o escucharse uno al otro por un rato	Palmeaar la cabeza, el hombro o la espalda
Eso esta bien	Buen trabajo	Guiñar el ojo	Caminar juntos	Apretón de manos
Excelente, Gracias	Grande	Parecer interesado	Compartir los alimentos	Sostener la mano
Gracias por ayudar tanto	Eso es interesante, Eso es ingenioso	Reírse	Jugar juntos	Tocar, Abrazar

Tabla 4. Reforzadores sociales comunes.<sup>16</sup>

Ver una película	Ir primero
Mirar televisión	Salir de compras
Ir de campamento	Jugar con papá
Ir de excursión de campo	Ir a jugar afuera
Estudiar con un amigo	Que se les lea
Que un amigo se quede a dormir	Jugar con amigos
Escuchar música	Quedarse levantados
Tener una fiesta	Ir de vacaciones

Tabla 5. Reforzadores de actividad.<sup>16</sup>

*Objetivo:* Actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.

*Indicaciones:* Puede utilizarse en cualquier paciente.

*Contraindicaciones:* Ninguna.

#### 4.2.2 Desensibilización

La desensibilización sistemática o inhibición recíproca como la describe Wolpe (1969) ,<sup>8</sup> es la eliminación de hábitos de respuesta ansiosa. Es uno de los métodos más efectivos debido a que el paciente aprende a sustituir una respuesta emocional apropiada o adaptativa -- LA RELAJACIÓN -- en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada como sería la ansiedad.<sup>16</sup>



La técnica generalmente incluye enseñar técnicas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que al principio sólo se usen escenas que provoquen mínimos miedos. (Figura 31) Gradualmente se van introduciendo situaciones que provoquen más miedo. No obstante, la ansiedad se minimiza con el uso de la relajación.<sup>1</sup> Una secuencia lógica sería: examen y profilaxis, selladores de fisuras o aplicaciones de flúor, radiografías, tratamientos conservadores y procedimientos quirúrgicos. Pero cada procedimiento debe adecuarse a un niño en concreto y no debe generalizarse. Puede resultar angustioso para un niño un determinado procedimiento que nosotros teníamos calificado como sencillo y que generalmente es aceptado por los demás niños. Con la desensibilización proveemos al niño de nuevas y más placenteras asociaciones para relajarlas con el estímulo que provoca la ansiedad. Tratar de condicionar ciertos estímulos presentados en un ambiente agradable y relajado para hacerlos incompatibles con la ansiedad.<sup>15</sup>

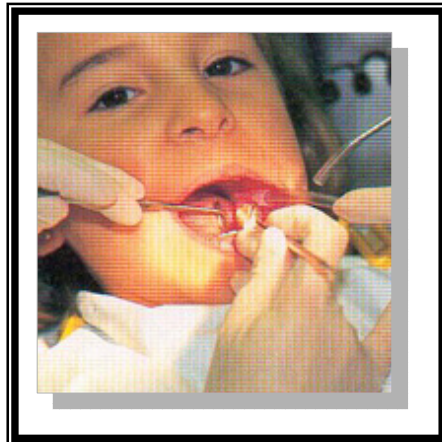


Figura 31. Niña relajada, realizándole un tratamiento dental sencillo.<sup>32</sup>

*Objetivo* romper vínculos entre el objeto temido y los condicionantes que provocan el miedo.

*Indicaciones:* Puede utilizarse en cualquier paciente.

*Contraindicaciones:* Ninguna.

### 4.2.3 Imitación o modelamiento

Esta técnica consiste en que los niños aprenden también por imitación de un modelo. Este modo de aprendizaje es muy utilizado en la infancia y servirá para imitar la conducta del modelo cuando llegué el momento el paciente sabrá qué esperar y así imitará las conductas que ha observado.<sup>16</sup>

(Figura 32)

El modelamiento esta basado en el hecho que una gran parte de la conducta es imitada y que una persona no tiene que sufrir, necesariamente, una experiencia a fin de aprender las consecuencias de una determinada conducta. Donde hay anticipación de dolor, existe siempre la duda del paciente sobre su propia capacidad de tolerar y dominar la situación.

El proceso básico consiste en la observación ya sea en película o en la verdadera situación de tratamiento. De uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular. Es muy útil para que puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se les deba dar determinadas instrucciones.



Figura 32. El aprendizaje por modelamiento permite adaptar conductas mediante observación.<sup>14</sup>

*Objetivo:* Disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo. Ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.

*Indicaciones:* Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica.

*Contraindicaciones:* No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo es de poca utilidad en pacientes de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender la técnica.

### 4.3 TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO

Son técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales. No son técnicas que se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados con base científica para llevar a cabo en determinadas situaciones perfectamente tipificadas y específicas; es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente, y nunca deben entenderse como una forma punitiva. Si se aplican correctamente en los casos indicados, no suponen ningún daño psicológico para el niño.<sup>1</sup>

*Objetivos:*

- a) Ganarse la atención del niño
- b) Enseñarle la conducta apropiada que se espera del él
- c) Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlarle y controlarle sus movimientos
- d) Protegerlo de lesiones
- e) Hacer mas fácil el procedimiento dental tanto para el niño como para el odontólogo

*Indicaciones:*

- Niños con limitaciones físicas, como pacientes afectos de parálisis cerebrales, que no pueden controlar sus movimientos.
  
- Niños con limitaciones mentales, como retrasos mentales intensos que les incapacitan para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.

- Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.
- Los niños que experimentan rabietas muy violentas. Normalmente se trata de niños normales, potencialmente cooperativos, muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y que pueden poner en peligro su integridad física durante los tratamientos.
- En casos de emergencia. Se trata de situaciones como traumatismos que requieren atención inmediata y que no se pueden aplicar por razones de tiempo otras técnicas.

#### 4.3.1 Bloques de mordida, abre bocas

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla.

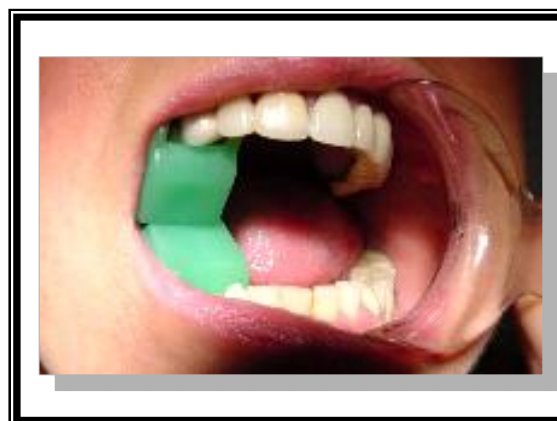
Existen distintos dispositivos con diferentes tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño, y que en el caso de utilizarlos se les atará un hilo de seda como dispositivo de seguridad.<sup>1, 15</sup> (Figura 33 A-B-C)



(A)



(B)



(C)

Figura 33. (A) Bloque de mordida con hilo de seda.<sup>15</sup>

(B) Abrebocas de Doyen.<sup>34</sup>

(C) Cuñas de goma.<sup>34</sup>

### 4.3.2 Mano sobre boca

Técnica conocida clásicamente en la literatura anglosajona como *hand over mouth*, nosotros la denominamos técnica de la “mano sobre boca” (MSB).

Fue descrita por primera vez en 1920 por la Dra Evangeline Jordan y ha sido documentada en la literatura dental por más de 30 años.<sup>35</sup>

Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. (Figura 34) Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño. Cuando éste acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura.<sup>18</sup> Si al retirar la mano, el niño dice que quiere a su mamá o continúa con mala conducta, se coloca nuevamente la mano y se le repite que no debe gritar ni llorar, y que irá con su mamá hasta que se haya terminado. Puede ser necesario hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente para permitir que comience el tratamiento. Una vez que el niño coopera debe ser felicitado; es menester explicar porqué se le tapo la boca.<sup>35</sup> Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla.



Figura 34. Odontóloga realizando la técnica mano sobre boca al niño.<sup>33</sup>

*Objetivo:* Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

*Indicaciones:* Un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde.

*Contraindicaciones:* Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.

#### 4.3.3 Control físico por parte del profesional

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados de brazos y piernas del niño por parte del profesional y de sus auxiliares. (Figura 35)



En determinados procedimientos, como la aplicación de la anestesia local, se requiere que el profesional posicione su brazo alrededor de la cabeza del niño para evitar los movimientos de ésta y mientras tanto la auxiliar controla los movimientos de los brazos hacia la jeringa.

Para muchos niños, el hecho de que la auxiliar apoye su mano sobre la de ellos es suficiente para frenar sus reacciones bruscas, y además se sienten protegidos. Debe recalcar que tal procedimiento no será usado en el niño aprensivo, puesto que, comúnmente, sólo servirá para aumentar sus temores.<sup>15</sup>



Figura 35. Control físico mediante odontólogo y auxiliar.<sup>9</sup>

#### 4.3.4 Control físico mediante dispositivos específicos

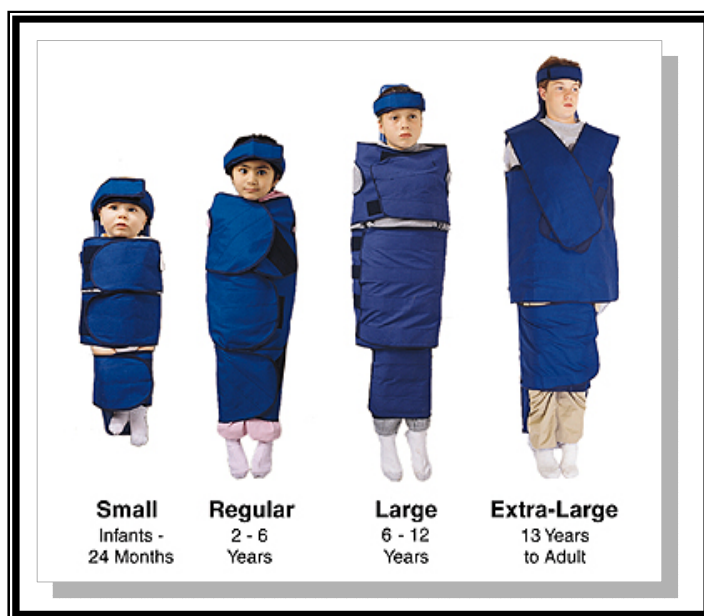
Cuando el personal ya no puede controlar los movimientos de los niños, hay que recurrir a dispositivos de limitación física específicas, para el control de todo el cuerpo.<sup>1, 15</sup>

Se incluyen toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el *Papoose board* (tabla rígida con envoltorio de tela) (Figura 36-A). *Pedi – Wrap* (dispositivo de nylon con cierres de velcro) (Figura 36-B). Actualmente se han reportado diversos dispositivos para el control físico.

(Figura 37 A-B-C-D)

Las técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos y su conocimiento por parte del odontopediatría, pueden crear cierta confusión en los padres debido a su desconocimiento. Lo cierto es que con más información a los padres sobre las técnicas necesarias a emplear, aumenta la aceptación por parte de éstos de las mismas.

Es evidente que ante la aplicación de técnicas de enfoque físico hay que obtener consentimiento por parte de los padres.



(A)



(B)

Figura 36. (A) Tabla rígida con envoltorio de tela (Papoose borrada).<sup>36</sup>

(B) dispositivo de nylon con cierres de velero (Pedi Wrap).<sup>16</sup>



(A)



(B)

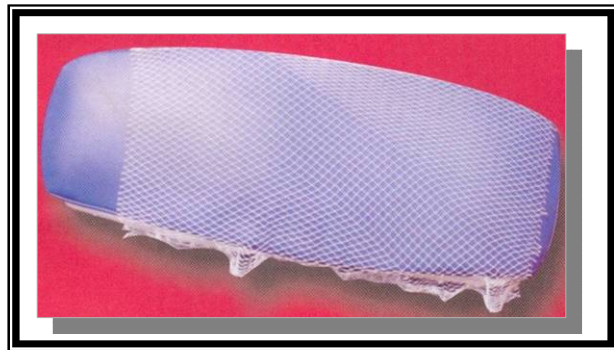


(C)

Figura 37. (A) Sistema Estabilizador *Rainbow*.  
(B) Posicionador de Vías aéreas *Rainbow*.  
(C) Cojines de posicionamiento *Stay N.*<sup>36</sup>



(D)



(E)

Figura 37. (D) Niño usando la camilla con red.  
(E) Camilla con aditamento de red.<sup>33</sup>

## 4.4 OTRAS TÉCNICAS

Existe la aplicación de nuevas técnicas, aunque lentamente, van adquiriendo mayor aceptación, como son técnicas de relajación, distracción al crear un momento de confusión, la música e incluso la acupuntura, etcétera. Su principal dificultad estriba en el tiempo necesario para su aplicación y la necesidad de un entrenamiento previo por parte del profesional.

### 4.4.1 Hipnosis

Su nombre proviene del griego (*hypnos* = Dios del sueño; *Gnosis* = conocimiento). “estado de hipnosis”, también denominado *trance hipnótico*.<sup>37</sup> La hipnosis se podría definir como una situación por la que se produce un estado de conciencia alterado. (Figura 38) Porque es un estado provocado por alguien o por algo. El ser humano posee dos estados ordinarios de existencia: el de vigilia, el onírico o del sueño. A estas dos formas de existencia las personas llegamos de una forma natural. Sin embargo, al estado hipnótico, sólo podemos llegar mediante una serie de técnicas y motivaciones, provocadas por el hipnólogo.

La hipnosis es tan antigua como el hombre, podemos leer en el Génesis: “Entonces Yahvé hizo caer al hombre en un profundo sueño, éste se durmió y le sacó una costilla”.

Los niños son susceptibles a la sugestión y aceptan la autoridad del odontólogo en el consultorio, y aunque no se dan cuenta, usan frecuentemente la inducción elemental, como decirle repetidamente al

paciente que se relaje, reasegurándolo y estableciendo una monotonía que produce somnolencia.<sup>11</sup>



Figura 38. Paciente relajado.<sup>9</sup>

#### 4.4.2 Musicoterapia

La musicoterapia es querer formar un carácter mas seguro, firme, alegre y una autoestima elevada, es el principal propósito de la Musicoterapia. Es un momento bello y placentero, donde la imaginación es el elemento primordial para transportar al niño(a) a un mundo donde todo es posible y donde la alegría y felicidad moran.<sup>38</sup> (Figura 39)

Antes de mostrar los hallazgos sobre los efectos que tiene la música en la ansiedad del paciente es bueno observar que Vinard y Ravier-Rosemblaum, en 1989, estudiaron las reacciones de los pacientes a estímulos sonoros en el consultorio, encontrando que por medio de registros electrofisiológicos se podían detectar manifestaciones neurovegetativas.

De esta forma se demostró que la pieza de alta o turbina y el teléfono son los elementos más estresantes en el consultorio, ante los cuales existe una intensa actividad electrodérmica y cambios respiratorios (un descenso en la magnitud y un incremento en la frecuencia inspiratoria) característicos de la ansiedad, estrés y estados emocionales. Estas manifestaciones están asociadas con música disonante, ritmos irregulares y sonidos agresivos. Encontraron que, por el contrario, música lenta, con melodía regular y armónica tal como el Aria de Bach induce un ambiente subjetivo de relajación con la consecuente relajación fisiológica.<sup>40</sup>

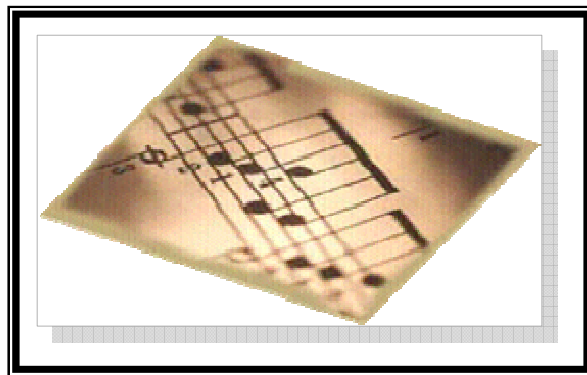


Figura 39. Musicoterapia.<sup>38</sup>

#### 4.4.3 Acupuntura

La acupuntura es una técnica de la Medicina Alternativa y Complementaria (MAC) que se usa para tratar una variedad de enfermedades y afecciones.



La acupuntura se originó en China más de 3000 años atrás.

Para la acupuntura el ser humano es una red energética de canales y órganos interconectados. Se basa en la idea de que a través del organismo circula la Energía vital (el Chi) siguiendo unos trayectos llamados “meridianos” (trayectos energéticos que nada tienen que ver con el recorrido de ningún nervio concreto). Cuando el flujo de esta energía vital está en equilibrio y armonía, disfrutamos de buena salud, pero si está desequilibrado aparecen los síntomas y la enfermedad. Para reequilibrar este flujo el especialista aplica la acupuntura, con la inserción de finas agujas en ciertos puntos de los meridianos.<sup>40</sup> (Figura 40)

La acupuntura se usa especialmente en analgesia para diferentes procedimientos dentales y para el manejo de los síndromes de dolor crónico facial y miofacial, incluyendo aquellos con el componente adicional de un compromiso de la articulación temporomandibular.

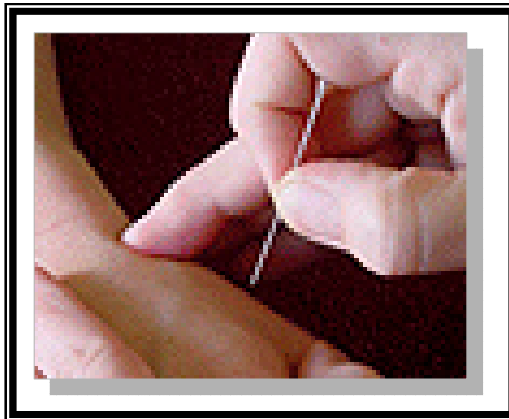


Figura 40. Acupuntura.<sup>41</sup>

#### 4.4.4 Ludoterapia

Utilización del juego para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento, teniendo en cuenta su grado de madurez, suministrando una derivación a éstas tendencias que desembocan sobre una conducta inapropiada.<sup>42</sup> (Figura 41) Mediante el juego se proporciona al niño la oportunidad de desarrollar un dominio y control se su entorno.

La comunicación no verbal es importante en esta relación, así el terapeuta debe tener una posición abierta hacia el niño, debe tener interés por el niño, crear una situación cómoda y un tono de voz adecuado para cada situación.

La ludoterapia se basa en el desarrollo del niño de tal manera que lo nivela en dos fases:

- Preoperacional (2-7 años)
- Concreta (8-11 años)

En la primera fase aprenden el lenguaje, la representación de objetos, su pensamiento de cómo las cosas suceden en tiempo. En la segunda fase el niño razona lógicamente y organiza su pensamiento, desarrolla conceptos abstractos como culpa o amistad.<sup>43</sup>

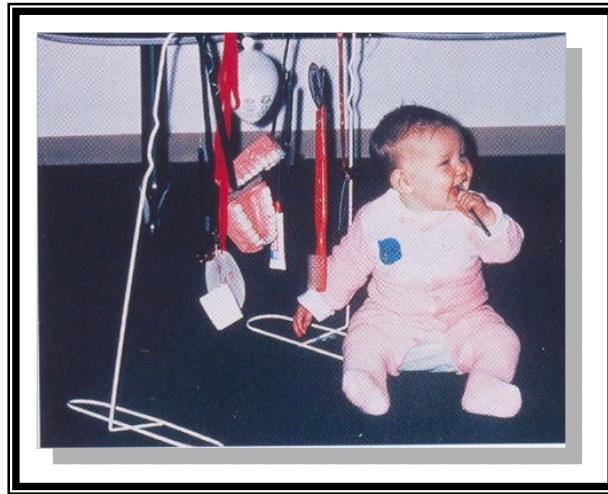


Figura 41. El juego ayuda a eliminar tensiones y miedos mediante la distracción.<sup>44</sup>

#### 4.4.5 Biofeedback

La palabra inglesa *biofeedback* podría traducirse por “*bioretroalimentación*”. por su puesto que sus componentes son la palabra griega “*bio*” (vida), y la inglesa “*feedback*” las ciencias electrónicas han traducido como “*retroalimentación* o “*retroinformación*” .<sup>45</sup>

Es el medio para ganar el control de nuestros procesos del cuerpo para aumentar la relajación, para disminuir el dolor, y para desarrollar modelos más sanos, más eficaces de hacer frente a los problemas de nuestra vida.

El biofeedback nos da la información sobre nosotros mismos por medio de instrumentos externos (ejemplo: un ordenador). Usar un termómetro para tomar nuestra temperatura es una clase común de biofeedback.

El biofeedback clínico sigue el mismo principio, usando los instrumentos especializados para vigilar varios procesos fisiológicos mientras ocurren. Los gráficos móviles en una pantalla del ordenador, los pitidos o unos números, “reflejan” cambios mientras estos ocurren en nuestro cuerpo. (Figura 42 A-B) El entrenamiento del biofeedback es un proceso educativo para aprender habilidades de la relación mente/cuerpo. El aprender a reconocer respuestas fisiológicas y alterarlas en nuestro favor. Con la práctica nos familiarizamos con nuestras reacciones psicofisiológicas asociadas a la tensión (nervios, ansiedad) y aprendemos a controlarlas mejor.<sup>45</sup>

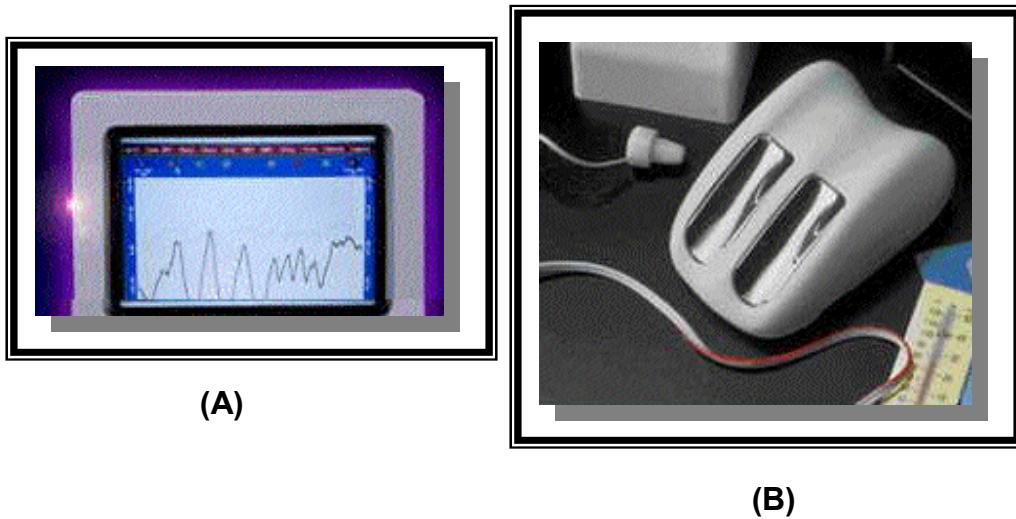


Figura 42. (A) Pantalla del ordenador.

(B) Sensor.<sup>45</sup>

#### 4.4.6 Cromoterapia

La cromoterapia es un método de armonización y de ayuda a la curación natural de ciertas enfermedades por medio de los colores.

Los colores corresponden a vibraciones que tienen velocidades, longitudes y ritmos de ondas diferentes.

Estos ejercen una influencia física, psíquica y emocional que nosotros no somos concientes en general y que permite a nuestra energía vital de tener un estado que facilita la autosanación. (Figura 43)

Fue muy importante en la práctica de la medicina tradicional de las grandes culturas como la China, Indu y Greco-Romana.

Ciertos colores son astringentes como el rojo, el naranja o el amarillo. El azul ayuda a la extroversión, mientras que el rojo permite la introversión. Ciertos colores como el rojo y el naranja hacen subir la temperatura de una habitación; son los llamados colores calientes. Otros por el contrario como el azul, gris son colores fríos.<sup>46</sup>

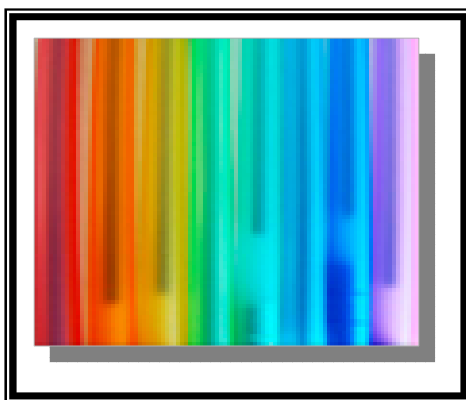


Figura 43. La cromoterapia.<sup>47</sup>

## CONCLUSIONES

Es de gran importancia que el odontólogo conozca cómo el niño va creciendo para lograr su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial, lo cual va a integrar su propia personalidad.

Debemos lograr la confianza del paciente infantil antes de indicar cualquier tratamiento, aplicando la técnica y procedimientos adecuados para cada caso.

Es importante recordar que el comportamiento de los niños puede variar dependiendo de la etapa del desarrollo en la cual se encuentre, lo cual puede confundir tanto a los padres como al mismo odontólogo, por lo que se deberá tener el criterio y el conocimiento suficiente para mejorar las diferentes reacciones que presente el niño, ya que cada una de ellas trae consigo características propias que dan lugar a reacciones inesperadas.

Un manejo de conducta satisfactorio o no durante la consulta dental del paciente infantil dependerá del conocimiento, habilidad y rapidez que tenga el odontólogo acerca de estos problemas, para poder brindar el tratamiento adecuado.

Un tratamiento dental inadecuado o no satisfactorio durante la infancia, puede determinar un daño permanente en todo el aparato estomatognático dejando al niño con muchos problemas dentales que son comunes en la población adulta.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Quesada BJ. Odontopediatria. Barcelona: Editorial Masson, 2004.  
Pp. 255-269
2. Kade SA., Rosa SC., Pérez EA. Comportamiento del niño en el consultorio odontológico. Acta Odontológica venezolana 1999; 37(3): 172-176
3. Papalia DE., Sally Wendkos. Psicología del desarrollo. 8<sup>va</sup>, ed. Bogotá: Editorial McGraw Hill, 2001. Pp. 1-37, 270-278
4. Koch G., Modeér T. Odontopediatria. Argentina: Editorial Panamericana, 1994. Pp. 13-19
5. Mc Donald R. Avery. Odontología pediátrica y del adolescente. Buenos Aires: Editorial Harcourt, 1987. Pp. 33-51
6. [www.Lafamilia.info/index.php?destino=cursosvirtuales/cursomodales.htm](http://www.Lafamilia.info/index.php?destino=cursosvirtuales/cursomodales.htm)
7. Papalia D.E. Rally. Psicología. Madrid: Editorial McGraw Hill, 1998. Pp.192-199, 353-361,429-466
8. Quijas CS., Carrasco CE. Decir-Mostrar-Hacer. Dentista y Paciente 2001; 10 (114): 36-42
9. Escobar MF. Odontología Pediátrica. 2<sup>a</sup>. ed. Venezuela: Editorial Almoca, 2004. Pp. 3-28, 31-54
10. Newman y Neuwman. Desarrollo del niño. México: Editorial Limusa, 2001. Pp.29-40
11. Ripa L. Manejo de la Conducta Odontológica del niño. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1984. Pp.43-87, 1-41
12. Aime HA. Conceptos básicos de odontología pediátrica. Venezuela: Editorial Disinlimed, 1995. Pp.19-46
13. Larousse. 2003.
14. Waes VH. Atlas de odontología pediátrica. Barcelona: Editorial Masson. 2002. Pp. 151-154

15. Barbería LE. Odontopediatria. 2da ed, Barcelona: Editorial Masson, 2002. Pp.115-136
16. Castillo MR. El manual de Odontología Pediátrica. Actualidades Medico Odontológicas, Venezuela: Editorial Interamericana, 1996. Pp.22-60
17. [www.gacetadental.com/articulos.asp?aseccion=ciencia&aid=4&avol=200509](http://www.gacetadental.com/articulos.asp?aseccion=ciencia&aid=4&avol=200509)
18. [www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,297306,00.html](http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,297306,00.html)
19. Gutiérrez MM., Garduño GM., Lara MM. Presencia de los padres, desensibilización y conducta de los niños en el consultorio dental, 18(12):35-39.
20. Mejía DM., Bermúdez BJ. Odontólogo-padres-hijos. Odontología Actual 2003; 1(7): 7-10.
21. Figueiredo WL. Odontología para el bebé. Actualidades Medico Odontológicas, Venezuela, 2000. Pp.9-19
22. [www.encolombia.com/ortopedivo/197-guiade manejo9-2.htm](http://www.encolombia.com/ortopedivo/197-guiade manejo9-2.htm)
23. [//news.bbc.co.uk/hilspanish/science/newsid\\_4694000/4694015.stm](http://news.bbc.co.uk/hilspanish/science/newsid_4694000/4694015.stm)
24. Pierre FJ. Manual de Odontopediatria. Barcelona: Editorial Masson, 1988. Pp.1-11
25. Mejía DM., Bermúdez BJ. Clasificación de los Niños para la atención Odontológica. Odontología Actual 2004; 1(9): 8-9.
26. Pinkham JR. Odontología Pediátrica. 3ra ed, México: Editorial McGrawHill, Interamericana, 2001. Pp. 385-403
27. [www.kidsdirect.net/BD/earache](http://www.kidsdirect.net/BD/earache)
28. [www.thejedp.com/issueo17/do/03do.shtm/](http://www.thejedp.com/issueo17/do/03do.shtm/)
29. [www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/manejo\\_emociones\\_consulta\\_odontologica.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/manejo_emociones_consulta_odontologica.asp).
30. [www.dvd-dental.com/serv0odontologico/Artiuculos/1-01/1-01.html](http://www.dvd-dental.com/serv0odontologico/Artiuculos/1-01/1-01.html)
31. Folayan MO., Ufomata D., Adekoya-Sofowora CA., Otuyemi OD., Idehen E. The effect of psychological management on dental anxiety in children. J Clin Pediatric Dent 2003; 27(4): 365-370.



32. [www.cyberpediatria.com/acudirdent.htm](http://www.cyberpediatria.com/acudirdent.htm)
33. Clínica de Odontopediatría, UNAM.
34. [www.odontocat.com/cirugia2.htm](http://www.odontocat.com/cirugia2.htm)
35. Calva LC., González AM. Técnica de Manejo de Conducta Mano Sobre Boca. Dentista y Paciente 1999; 7(84): 10-16.
36. [www.Specializedcare.Com](http://www.Specializedcare.Com)
37. [www.holistica2000.com.ar/Articulosanter/Articulosant22.htm](http://www.holistica2000.com.ar/Articulosanter/Articulosant22.htm)
38. [www.mundodelbienestarintegral.com/tera.htm#music](http://www.mundodelbienestarintegral.com/tera.htm#music)
39. [www.Opa.org/searchnews-sp.asp?id=98](http://www.Opa.org/searchnews-sp.asp?id=98)
40. [www.ditec.um.es/%7Ejaviercm/enclave/acupuntu.htm](http://www.ditec.um.es/%7Ejaviercm/enclave/acupuntu.htm)
41. [www.lmada.com.ar/articulos/art2-1.html](http://www.lmada.com.ar/articulos/art2-1.html)
42. [www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/32/3200](http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/32/3200)
43. [www.cs.urjc.es/revistas/reito/Ludoterapia.htm](http://www.cs.urjc.es/revistas/reito/Ludoterapia.htm)
44. Cameron A. Manual de Odontología pediátrica. Editorial Harcourt. 2000.  
Pp.26
45. [www.psicologia-online.com/autoayuda/bio/](http://www.psicologia-online.com/autoayuda/bio/)
46. [www.naturamedic.com/cromoterapia.htm](http://www.naturamedic.com/cromoterapia.htm)
47. [www.Wopaa.org/searchnews\\_sp.asp?id=56](http://www.Wopaa.org/searchnews_sp.asp?id=56)