



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL
NIÑO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

AURELIA ANGELICA LUNA MARÍN

**TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORA: C.D. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA**

MÉXICO, D.F.

2007



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 MI MADRE, QUE ES LA LUZ QUE ILUMINO MI CAMINO, LA FORTALEZA DE MI VIDA, EL RESPALDO QUE DIOS ME DIO PARA SER TAN DICHOSA Y LOGRAR MI PROFESIÓN.

A MIS HERMANAS

A LIDIA POR TU GRAN EJEMPLO Y FORTALEZA

A MARTHA POR TU CONSTANTE APOYO

A FABILA POR TU GRANDIOSA COMPRENSIÓN

A YENI QUE ME DIO FORTALEZA Y CONVICCIÓN

A MI PADRE POR ESTAR AQUÍ

A VALERIA POR SER TAN ALEGRE Y MI FELICIDAD MAS GRANDE

A TI ARMANDO POR ENSEÑARME A SER TOLERANTE Y ESTAR SIEMPRE A MÍ LADO.

EN ESPECIAL QUIERO AGRADECER A LA C.D MARÍA ELENA NIETO CRUZ POR SUS ENSEÑANZAS Y MOTIVACIÓN QUIEN COLABORO DE MANERA ABSOLUTA EN ESTE TRABAJO, SIENDO UN SER VERDADERAMENTE GRANDIOSO Y DEDICADO.

A LA C.D. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA QUE ME PERMITIÓ SU TIEMPO Y ATENCIÓN BRINDADA Y POR SER UNA PERSONA ADMIRABLE.

A QUIENES SIEMPRE ESTÁN SIN PEDIRLO

EN NOSOTROS RESIDE EL ANHELO DE ALCANZAR LA VERDAD Y EL SABER
POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
1 ANTECEDENTES	8
2 CONCEPTOS	11
3 EL NIÑO. SU DESARROLLO INTELECTUAL Y PSICOLÓGICO SEGÚN LAS DIFERES TEORÍAS.....	12
3.1 Teoría psicodinámica.....	12
3.2 Teoría cognoscitiva.....	12
3.3 Teoría del aprendizaje.....	14
4 REACCIONES EMOCIONALES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA.....	14
4.1 Miedo.....	14
4.2 Ansiedad.....	15
5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL OS NIÑOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS.....	16
5.1 Primera infancia.....	16
5.2 Periodo preescolar.....	17
5.3 Periodo escolar.....	18
5.4 Adolescencia.....	19
6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE NIÑO DURANTE SU ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.....	20
6.1 Edad y coeficiente intelectual.....	20
6.2 Hora y duración de la consulta.....	20
6.3 Actitud los de padres.....	21
6.4 Experiencias previas (antecedentes medico-dentales).....	21
7 CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	21
7.1 Cooperador (aceptación del tratamiento).....	21
7.2 Perfil del niño no colaborador.....	23

8	CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.....	25
8.1	Técnicas de comunicación	25
8.1.1	Lenguaje pediátrico o alterno.....	26
8.1.2	Decir-mostrar-hacer.....	26
8.1.3	Control de voz.....	27
8.1.4	Ludoterapia.....	28
8.2	Técnicas de modificación de la conducta.....	29
8.2.1	Refuerzo.....	29
8.2.2	Desensibilización.	30
8.2.3	Imitación o modelado.....	31
8.3	Técnicas de enfoque físico.....	32
8.3.1	Consideraciones generales.....	33
8.3.2	Abrebocas o bloques de mordida.....	33
8.3.3	Mano sobre boca.....	34
8.3.4	Control físico mediante dispositivos especiales.....	35
8.4	Utilización de algunos fármacos que coadyuvan en el control de la conducta del niño.....	36
9	Importancia del abordaje psicológico del niño en Educación para la Salud	41
	CONCLUSIONES.....	44

INTRODUCCIÓN

Un niño es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas y adquiridas, por lo tanto el desarrollo psicológico, debe considerarse como una serie de procesos por medio de los cuales las tendencias individuales heredadas genéticamente interactúan con los factores ambientales particulares, para poder moderar el curso de una trayectoria en el comportamiento del niño.

Los factores que influyen en el desarrollo psicológico del niño tales como temperamento, personalidad y las actitudes cognoscitivas son fruto de esta interacción. Las metas de la psicología del desarrollo del niño, son describir y explicar este proceso según principios generales, que puedan emplearse en la educación.^{1, 2}

El comportamiento humano se estudia desde el ámbito de la psicología a través de varias perspectivas para explicar los aspectos del desarrollo psicológico basado en las principales teorías o modelos sobre el desarrollo psicológico del niño.

Uno de los aspectos más importantes en la Educación para la Salud, es la población infantil, sobre todo los preescolares; en virtud de no poder aceptar prácticas de conducta que los conduzcan a tener una buena salud.

Por lo tanto el educador para la salud bucodental; debe identificar la importancia que tiene el control de la conducta para tener éxito en la prevención de enfermedades, ya que sin la cooperación por parte de el niño, no es posible llevar a cabo un programa de salud.

La mayoría de los niños se integran a los programas, sin embargo el Cirujano Dentista tiene que hacer énfasis en los factores como la edad, personalidad y atención que los padres dedican a sus hijos entre otros aspectos.

En el presente trabajo se describe la importancia del abordaje psicológico del niño en Educación para la Salud, destacando las características generales del desarrollo en las diferentes etapas, ya que el Cirujano Dentista debe desarrollar habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal.

1 ANTECEDENTES

La odontología se define como parte de la medicina que estudia los órganos dentarios y el tratamiento de sus dolencias, la infancia, del latín, *infantia* indica el período de desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. El niño, y en concreto su entorno ofrece unas peculiaridades básicas que le dan una idiosincrasia personal, entre estas características existen las psicológicas, ya que, el niño ha de experimentar una evolución que lo lleve de la psiquis primitiva del recién nacido a la plena actividad intelectual propia del adulto. A través de esta evolución, la psiquis infantil va experimentando modificaciones tanto en el aspecto cualitativo como cuantitativo, es decir, no sólo se produce un aumento del contenido espiritual, si no también una diferenciación y perfeccionamiento, hasta llegar a la madurez mental del adulto.

La psicología del niño permite descubrir no solamente la dignidad y riqueza de la personalidad infantil, si no también la dinámica de su evolución, la originalidad de su estructura, el funcionamiento de su espíritu, la plasticidad de su desarrollo y el paso progresivo de la edad adulta; además de su vulnerabilidad.⁴

La mayoría de las civilizaciones, hasta un pasado reciente, han considerado al niño como un ser al que se dedica poca atención, la declaración de los derechos del hombre ha precedido en casi dos siglos a la declaración de los derechos del niño.

Robert Bunon (1702-1748), es el primer Cirujano Dentista que habla de una aproximación psicológica al niño; así cuando es necesario realizar varias extracciones en un infante aconseja empezar por la más sencilla de realizar, y así ganar su confianza, este autor francés fija las grandes líneas del estudio sobre la prevención y la odontología conservadora. Para Bunon tiene más crédito conservar que destruir. No obstante sus métodos eran puramente empíricos, pero sus demostraciones y teorías sobre la odontología infantil son originales.⁵

Hacia la mitad del siglo XIX, aparece en Alemania e Inglaterra las primeras estadísticas sobre el estado de salud del estado bucodental de los niños. No obstante, ya a finales del siglo XVIII se encuentran referencias de una asistencia dental en la infancia de manera reglamentada. Así, Jon Greenwood, dentista de Jorge Washington en Nueva York, empezó a utilizar en 1780 un modelo de asistencia dental, que consistía en cobrar una tarifa a los niños que eran citados para seguir un tratamiento periódico.

En Zurich, desde 1866 algunos dentistas trataron gratuitamente a pacientes sin recursos. El primer servicio de asistencia dental escolar regular, de carácter privado, parece que fue el que atendía a los cadetes de las escuelas militares prusianas hacia 1880.

En el siglo XX se señala, que será el definitivo para alcanzar los objetivos que poco a poco se han ido labrando. Así en Estrasburgo, en 1902, se pone en funcionamiento la primera clínica municipal exclusivamente para niños, anexa a la Policlínica Universitaria bajo la dirección de Ernesto Jessen.

En la segunda década de 1900 (1913) se crea la primera sociedad científica dedicada a la odontología infantil, en décadas posteriores, en los países del norte de Europa, se organizaron programas de salud dental escolar. Lo más característico que ocurrió con el comienzo del siglo XX fue, siguiendo la corriente europea y americana, el cambio de concepto de prevención infantil individual a prevención social, concepto más amplio y con carácter general. Pero no fue hasta la cuarta década cuando se empezaron a realizar actividades terapéuticas en los niños.

En Europa, se organizaron programas de salud dental escolar, al principio, la gran parte de las clínicas municipales se encontraban en las escuelas. A partir de 1920 se pusieron en marcha clínicas móviles que utilizaron autobuses transformados en clínicas dentales para desplazarse en zonas rurales. En 1934, se publica un libro de M. Evangelin Jordon, una de las pioneras de la odontología infantil, el libro se titula Tratamiento Odontológico de la Infancia. En Estocolmo funcionaban clínicas dentales en embarcaciones marítimas desde el año de 1940. El despliegue de la odontopediátria desde el punto universitario se debe al profesor Juan Pedro Moreno González (1937-1993) fundador de cátedras de odontología infantil.⁶

2 CONCEPTOS

Educación.

La educación es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que lo haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social.

J. Stuart Mill menciona: La educación es la cultura que cada generación da a la que debe sucederle, para hacerla capaz de conservar los resultados que han sido hechos, y, si se puede, llevarlos más allá.⁷

Los objetivos de la educación son el impartir de conocimientos, el desarrollo de aptitudes y la adopción de actitudes acordes con el grupo social, puede decirse que la instrucción es parte de la educación, ya que la adquisición de conocimientos trae consigo, por lo general, un cambio de actitud y de comportamiento, que es precisamente lo que pretende la educación.

Educación para la salud

La educación para la salud es enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que le permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y el grupo social al que pertenecen.⁸

3 EL NIÑO. SU DESARROLLO INTELECTUAL Y PSICOLÓGICO SEGÚN LAS DIFERENTES TEORÍAS

3.1 Teoría psicodinámica (freud y el desarrollo psicosexual, Erikson y el desarrollo psicosocial).

De acuerdo con esta perspectiva, las acciones de una persona las causan las pulsiones biológicas y sociales. La conducta externa, es decir, la conducta observable, debe explicarse en función de fuerzas internas. Los conflictos, las tensiones, la angustia y la frustración alimentan las motivaciones del funcionamiento humano. El psicoanálisis ha intentado valorar, el funcionamiento de la psique desde un punto de vista dinámico.

En términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes como son impulsos sexuales e instintos, contraimpulsos de origen social, principio de placer y principio de realidad, energía de los impulsos y energía de la carga afectiva.⁹

3.2 Teoría cognoscitiva (piaget).

Los principales precursores de esta teoría son Jean Piaget, Edward Chase, Vigotsky, entre otros. Este modelo amplía el estudio del comportamiento más allá de los límites de las reacciones conductuales a los estímulos externos (conductistas) y da más relevancia a la actividad exclusivamente humana, el pensamiento. Prestan especial a los procesos internos mediante los cuales los individuos interpretan los eventos externos y planean la respuesta a éstos. La psicología cognoscitiva emplea también métodos rigurosos de investigación, centrándose en el proceso de adquirir y utilizar el conocimiento y cómo éste influye en el comportamiento.

Parte del término **esquema** para referirse a una estructura mental que organiza las respuestas a la experiencia. Los recién nacidos heredan los esquemas, que son simples modelos de reacción y reflejos como el esquema de la succión y el de la presión palmar. Gradualmente estos esquemas independientes se integran a través de un proceso de **organización** hereditaria que un esquema simple en otro de un orden superior. Al estudiar el desarrollo cognitivo, Piaget da gran importancia a la **adaptación** que, siendo característica de todo ser vivo, según su grado de desarrollo, tendrá diversas formas o estructuras. En el proceso de adaptación se considera otros dos aspectos que el niño también hereda que es la **asimilación**, proceso de responder de una forma que encaja en los esquemas existentes, y la **acomodación**, proceso de ajustar un esquema para que se acomode a las necesidades del entorno. También introduce el concepto **equilibración** para explicar el mecanismo regulador entre el ser humano y su medio. Se considera la adaptación mental como prolongación de la adaptación biológica, siendo una forma de equilibrio superior.

Para Piaget el desarrollo cognoscitivo se divide en cuatro etapas:

Período Motosensorial (0-2 años). El tema principal es el descubrimiento de la relación entre las sensaciones y el comportamiento motriz.

Período Preoperatorio (llega aproximadamente hasta los 6 años). Trata sobre el descubrimiento de las operaciones mentales, como planes, estrategias y reglas para resolver y clasificar problemas.

Período de las operaciones concretas (se sitúa entre los 7 y los 11-12 años). Se ocupa de la extensión de las operaciones mentales desde los objetos concretos hasta los términos puramente simbólicos.

Período de las operaciones formales (hasta la edad adulta). Se centra principalmente en la capacidad para considerar muchas posibles soluciones a un problema y la capacidad de probar dichas posibilidades sistemáticamente. ¹⁰

3.3 Teoría del aprendizaje (Skinner y el acondicionamiento, Sears y el aprendizaje social)

Estos modelos son el resultado del conductismo el cual busca resultados objetivos patentes y específicos, respuestas establecidas, a estímulos particulares.

El comportamiento humano es producido por eventos ambientales y controlados por las consecuencias de éstos, es lo que se conoce como el enfoque estímulo-respuesta; y significa que una persona continuará realizando las acciones que en el pasado estuvieron seguidas de consecuencias favorables, pero que no emprenderá conductas cuyos efectos han sido desfavorables.

Los conductistas, en su enfoque psicológico, tienden a utilizar datos numéricos rigurosos y no datos cualitativos que consideran dudosos, suelen recolectar sus datos mediante experimentos controlados de laboratorio.¹¹

4 REACCIONES EMOCIONALES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA

4.1 Miedo

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 que se teme. Los miedos son normales en el

curso del desarrollo, son inevitables y pueden analizarse desde un punto de vista evolutivo.

El miedo es una situación que pone en juego un conjunto de reacciones esenciales para la supervivencia del individuo y de la especie (reacción de alarma). 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. Es un indicador del nivel de conciencia que se tiene del estado de desarrollo de uno mismo y de las consecuencias que derivan de ello (conciencia de las capacidades y límites de cada uno), a la vez que es un indicador de la mejor comprensión del entorno y sus peligros.¹²

Existe el miedo objetivo y el miedo subjetivo

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).

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. A sí pues el resultado de una asociación de ideas, de la imaginación, de la inseguridad en relación con una situación poco habitual (miedo adquirido).

4.2 Ansiedad

Es un estado emocional que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales. Se habla de ansiedad normal o útil cuando se encuentra ante un nivel de ansiedad moderado que encaja dentro del conjunto de

respuestas normales o adaptativas ante una situación extraña o nueva, algunos autores consideran que una determinada cantidad de ansiedad es necesaria para la vida.

Sin embargo cuando las respuestas de las personas, lejos de ser adaptativas se convierten, por su sobredimensión en exageradas y problemáticas, se habla de ansiedad patológica o neurótica. Este tipo de ansiedad no guarda relación con el peligro que supuestamente la provoca, y continúa incluso después de que haya desaparecido el peligro. Aquí aparecen los conflictos internos de la personalidad. Este tipo de ansiedad es una barrera de cara a los tratamientos odontológicos.¹³

5 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LAS DIFERENTES ETAPAS

5.1 Primera infancia (del nacimiento hasta los 2 años)

El niño es incapaz de razonar. Cuando los estímulos son muy complejos, el niño no puede procesarlos y **"se pierde"**. Se caracteriza por el egocentrismo, se piensa que las percepciones del mundo son exactamente iguales a las suyas y a las de los demás.

Durante el primer año, el niño tiene una dependencia absoluta de sus padres. A los 6 meses reconoce las caras familiares por medio de expresiones faciales y desarrolla vínculos sólidos y firmes con los adultos.



Fuente directa

Fig.1 Primera infancia

Alrededor del año aumentan las capacidades motoras. Aprende a andar, se sienta y se levanta solo. Coge objetos y los deja caer deliberadamente. Da palmadas y hace señales de despedida, colabora al vestirlo. Balbucea una o dos palabras. Empieza a mostrar signos de independencia. Se resiste a cumplir órdenes, no le gusta esperar. **"No"** es la palabra favorita del niño. Inicio del 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 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. A los 2 años la amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras, construye frases de dos palabras, además de instruirse una organización de las respuestas.

5.2 Periodo preescolar (de los 2-6 años de edad)

Alrededor de los 2 años existe un aumento del desarrollo motor. Sube escaleras con apoyo, corre y salta, se sienta sólo en una silla. Hace garabatos. Presenta un marcado desarrollo del lenguaje. Puede esperar periodos cortos. Algunas veces le gusta complacer a otros.

Presenta dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios.

Pasados los 3 años empieza a comunicar y razonar. La comprensión del habla es mayor y puede construir frases de tres palabras. Le gusta tanto dar como quitar. Quiere crecer y a la vez continuar siendo un niño. A esta edad se le conoce como de **"yo también"** y la edad de la imitación.

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 accesos de ira. Progresivamente la conducta se encauza y se puede empezar a razonar con él. Al final de esta etapa el niño gusta de obedecer y complacer a su entorno, su conducta se dulcifica.

El lenguaje pasa de las frases con cuatro palabras o frases con cinco o seis (inicio de la fase social, responde a los elogios. Es la edad conocida del "cómo" y del "por qué", edad de la curiosidad, a esta edad el niño muestra suficiente independencia para admitir separarse de sus padres, al final de esta etapa el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado.

5.3 Periodo escolar (de los 6-12 años de edad)

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 6 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 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 ellos, ahora empieza a creer que los padres son injustos, y con frecuencia puede se muestra resentido con la autoridad de sus padres, en esta etapa el lenguaje está definitivamente fijado y el desarrollo intelectual es muy marcado

De los 9 a los 12 años es 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. 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.¹⁴



Fuente directa

Fig. 2 Periodo escolar

5.4 Adolescencia (de los 12 -18 años de edad)

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

Se producen un determinado número de modificaciones que llegan inesperadamente, unas de ellas morfológicas, como la transformación corporal; las otras instintivas, como el despertar de las necesidades sexuales, aparición de amistades exclusivas que difícilmente resisten la separación, 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. En el ámbito intelectual el adolescente continúa su desarrollo.

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 diferente

aparece una gran búsqueda de la identidad y presenta un temor especial a ser etiquetado. Se incrementa la preocupación por la estética dentofacial.¹⁵

6 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE SU ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

6.1 Coeficiente intelectual y edad

Los niños con un coeficiente intelectual más bajo y aquellos dotados con un coeficiente muy alto son los que sienten más miedo hacia la odontología. En términos generales los niños más pequeños presentan más ansiedad en el ámbito dental a medida que crecen y maduran tienden a presentar conductas más apropiadas, mayor colaboración y menos miedos, el perfil psicológico de cada niño puede ser tan o más importante que la edad para determinar la conducta de los niños en las consultas

6.2 Hora y duración de la consulta

Es importante tener en cuenta que las visitas no sean demasiado largas sobre todo cuando los niños son muy pequeños. El tiempo de atención que pueden ofrecer es realmente corto ya que las visitas largas crean posibilidades de perder la cooperación lograda.

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 tan cansados como por la tarde y pueden ofrecer mayor rendimiento; además, el cirujano dentista está menos cansado, y, por ello, más preparado para enfrentarse a conductas negativas.

6.3 Actitud de los padres

Los padres y el entorno familiar tienen una gran importancia en la transmisión de los miedos a los niños. Los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación. Se debe enseñar al niño a que la odontología no debe temerse, por lo cual, nunca debe utilizarse a ésta como una amenaza o castigo.

6.4 Experiencias previas (antecedentes médico-dentales)

Hay que tener en cuenta que pueden existir experiencias previas negativas que suponen una dificultad adicional para conseguir la colaboración de los niños. No tan sólo son importantes las experiencias previas odontológicas sino también se debe tomar en cuenta las médicas, información máxima de experiencias negativas anteriores puede ayudar para poder enfocar mejor los tratamientos.

7. CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

7.1. Cooperador

Basándose en la actividad verbal, la tensión muscular y la presión ocular, Rud y Kising (1973) crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño en el ámbito odontológico.¹⁶

Grado 3. Aceptación positiva. Voluntad de conversar y realizar preguntas, demostrar interés, posición relajada en el sillón dental, ojos brillantes y tranquilos.

Grado 2. Aceptación indiferente. Conversaciones o preguntas demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención. La expresión ocular es diferente, pero la posición en el sillón dental continúa siendo relajada.

Grado 1. Aceptación con desgana. Falta de conversación, de respuesta y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental el niño parpadea mucho o frunce el seño.

Grado 0. No aceptación. Protestas verbales o físicas manifestadas además de llanto.

El cambio en la conducta del paciente, indica la capacidad que tiene el niño y el Cirujano Dentista para mejorar la adaptación del niño a los procedimientos odontológicos. La manera de conseguir un alto grado de aceptación, se puede conseguir invirtiendo el tiempo suficiente en las primeras visitas, para dejar que el niño se adapte a la nueva situación.



Fuente Directa

Fig. 3 Niño no colaborador

7.2 PERFIL DEL NIÑO NO COLABORADOR CON ALTERACIÓN EMOCIONAL.

El nivel de ansiedad del niño guía sobre el grado de alteración emocional de éste. Cuando el miedo se presenta en la cita el Cirujano Dentista debe estar capacitado para sustituir estrategias que disminuyan o quiten el miedo

En general, los niños que sufren trastornos emocionales son pacientes muy complicados, enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas.

Un niño que padece alguna enfermedad crónica, puede presentar problemas de conducta si los padres dejan de premiar o castigar sus acciones de manera coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes, a pesar de otras circunstancias que influyan en sus vidas.

Estas aclaraciones ante el comportamiento de los padres ante un niño enfermo, pueden ser aplicadas también para otro tipo de circunstancias, como los hijos de ambientes familiares alterados, los niños que cambian de ambiente familiar, aquellos que acaban de tener un nuevo hermano y los niños que hayan pasado por la pérdida de un ser querido incluidas sus mascotas entre otros.

Como grupo, los niños abandonados y maltratados poseen un porcentaje más alto de padecimiento emocional y fácilmente presentan problemas de colaboración en sus citas dentales. Es importante aclarar que cuando se sospecha maltrato y abandono, el cirujano dentista tiene la responsabilidad de informar a las autoridades correspondientes.

Niño introvertido o tímido.

La introversión y la timidez, constituyen un problema para los niños, en particular los más pequeños. La visita con el cirujano dentista supone un encuentro humano bastante intenso que exija confianza y un buen grado de comunicación. Estos niños se muestran cohibidos y quizá lloren, pero rara vez

se comportan de manera agresiva o con una rabieta. El objetivo del cirujano dentista es conseguir confianza y una buena comunicación.

Por lo general, resulta efectivo el elogio y la técnica de la triple E (explicar-enseñar-ejecutar), y con tiempo y paciencia se convierten en excelentes pacientes.

Niño atemorizado.

Un niño con miedo representa un reto enorme para el cirujano dentista. Este miedo incluye temor a las agujas, miedo a la lesión corporal y temor a lo desconocido.

El miedo puede ser el factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al Cirujano Dentista, pero es difícil saber si la no cooperación del niño se debe al miedo o la causa es multifactorial. Algunos comportamientos del niño atemorizado pueden ser los siguientes:

El niño no consigue vencer sus miedos a pesar de las explicaciones del cirujano dentista o de sus padres, o por su corta edad.

El niño exagera sus temores debido a otros problemas emocionales en su vida (como niños provenientes de hogares en crisis, niños que sufrieron abusos etc.). También se incluyen a este grupo a los que se enfrentan con problemas de salud.

El niño añade a los suyos miedo de sus compañeros, hermanos o padres, lo cual recibe el nombre de temores adquiridos.

El niño sufrió una mala experiencia médica o dental. Éstos son miedos aprendidos.

La no superación del miedo puede suponer posponer el tratamiento, y, por tanto, empeorar la salud bucodental del niño.

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, El cirujano dentista representa una figura de autoridad, y este tipo de pacientes rechaza cualquier tipo de autoridad, En consecuencia, el Cirujano Dentista pasa a ser un candidato especial para estimular este tipo de conducta inadecuada. Este tipo de pacientes detesta las citas dentales y basa su insatisfacción en una aversión a obedecer las órdenes de los adultos.¹⁷

8. CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

8.1. Técnicas de la comunicación

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta, el profesional debe desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como estableciendo contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención de su persona. La conversación debe ser natural y agradable, mostrando interés sobre sus gustos y actividades. Una ayuda previa, es conocer al niño antes de tratarlo. Los padres pueden informar acerca de sus miedos o experiencias anteriores.

Una vez que se establezca un contacto con el niño, se puede continuar con la explicación ordenada de los procedimientos. Durante la conversación el mensaje debe ser claro y adecuado a la edad del paciente para que sea comprendido más fácilmente.¹⁸

8.1.1. Lenguaje pediátrico o alterno.

Debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas, ya que, al seleccionar el lenguaje se tiene que elegir objetos y situaciones familiares y explicar las cosas de forma que las entienda, mas no engañar o mentir con las explicaciones. En general, es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad. El niño se siente alabado si se juzga mayor de lo que es, y a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales.

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

8.1.2 “Decir-mostrar-hacer” o de la triple E. (Explique- Enseñe- Ejecute)

Esta técnica ha permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de la conducta. Se basa en una recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.

Debe llevarse acabo de la siguiente manera:

- a) Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con la finalidad de reducir la ansiedad y el miedo.
- b) Mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica.
- c) Efectuar la técnica como se le ha demostrado.

Es importante la selección de las palabras, las cuales deben ser comprendidas por los niños, se debe tener en cuenta que el vocabulario sustituya los instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda comprender. Es una técnica sencilla y de fácil aplicación y para que resulte efectiva se ha de pasar de un estadio a otro sin interrupción, y de manera continua desde que el niño entra en la consulta, hasta que sale de ella. No es recomendable aplicarla para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado.¹⁹

8.1.3 Control de voz.

Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora, es muy efectiva para interpretar conductas inapropiadas justo en el momento en que se inicia, y lo es menos cuando éstas ya están muy establecidas.

Esta técnica consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la intención de que es el propio profesional quien toma las decisiones. Es más importante el tono de voz que lo que se dice en concreto. La expresión facial debe transmitir esta misma intención, en mensaje verbal y paraverbal, las cuales han de transmitir la misma información. El clínico, en ocasiones, puede realizar ``control de voz`` sólo con la expresión facial.²⁰

Cuando de nuevo se capta la atención del niño, se le agradece su colaboración e interrupción de su mala conducta, dándole las explicaciones e instrucciones necesarias de manera suave y agradable. A ésta parte de la técnica se le denomina cambio de ritmo.

8.1.4 Ludoterapia

Es el juego infantil sano en psicología, pues son muchas sus posibilidades pedagógicas y terapéuticas que ayudan a superar diferentes problemas educativos, además de tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor y ansiedad, ayuda a compensar sentimientos contradictorios, a sí como refuerza el instinto de imitación.

En la consulta con el cirujano dentista, el juego principalmente tiene un mayor interés como elemento terapéutico para eliminar lesiones y miedos mediante la distracción del niño, por lo que pierde la seriedad a la situación dental, es recomendable que el juego lo inicie el Cirujano Dentista, de esta manera se refuerza la comunicación con el niño, por lo cual es necesario disponer de ayudas (marionetas, juegos elaborados por el profesional, etc.) para captar su atención.²¹



Fuente directa

Fig. 4 Ludoterapia

8.2 Técnicas de la modificación de la conducta

La finalidad de estas técnicas es evitar conductas negativas, y se basa en los principios ya establecidos en la teoría del aprendizaje social, consiste en cambiar un comportamiento individual negativo hacia un comportamiento ideal deseado de forma gradual para darle funcionamiento se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando inicialmente un objetivo y añadiendo explicaciones necesarias para aproximarse a éste.

8.2.1 Refuerzo

Los psicólogos consideran 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. Así se presenta un axioma de esta teoría, según la cual conductas reforzadas persisten y conductas no reforzadas desaparecen.

Dichas técnicas tratan de modificar la conducta, donde es preciso que el profesional muestre con frecuencia su aprobación durante el tratamiento, siempre que el paciente reaccione de manera positiva, expresándolo verbalmente o bien con expresiones faciales de agradecimientos. Para que resulten efectivos, siempre han de otorgarse después de que se haya producido una buena colaboración, y, además, de manera frecuente, si el comportamiento es adecuado.

El premio es otra forma de recompensa, siempre que se proporcione como una señal de aprobación y no como medio de soborno a los niños. Tampoco deben de entregarse al final de la visita si la colaboración no ha sido la adecuada, pues se refuerza su mala conducta, y el paciente no comprende que esperamos otro tipo de actitud más favorable.

8.2.2 Desensibilización

Es una de las técnicas usadas con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de los temores. Fobias o ansiedades innecesarias. La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias han de ser presentadas de forma gradual, de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez más próximas al objeto temido. La desensibilización es efectiva, porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante la relajación.

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

En general, el método gradual implícito en la modificación conductual puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se tiene toda la cooperación infantil este retraso queda más compensado, por lo que el tiempo dedicado en un principio puede tomarse en cuenta para el éxito de los tratamientos.

8.2.3 Imitación o modelado

Es otra de las técnicas empleadas en psicología para el tratamiento de los temores, y puede ser aplicada a una variedad de situaciones dentales, donde el niño puede aprender observando como otros reciben tratamiento. Es de gran utilidad, principalmente, para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.

El proceso básico consiste en la observación de uno o más niños que demuestran una conducta apropiada en una situación particular, y así puedan comprender lo que esperamos de ellos cuando se den determinadas instrucciones. En general, los patrones complejos de conducta son aprendidos rápidamente por imitación. En lugar de tener a los niños contagiándose de ansiedad materna, pueden llevarse a las salas operatorias para observar a otros niños que pueden servir de modelo.

La técnica por imitación es importante para el profesional porque los modelos que tienden a ser imitados más frecuentemente son aquellos que se perciben como poderosos y con control sobre el imitador, que es precisamente como percibe el niño al clínico. De modo que si el profesional aparece en la consulta con un control sobre la situación, el niño tratará de imitarlo.²²

8.3 Técnicas de enfoque físico

Se define como aquellas técnicas que limitan o controlan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales. Cabe mencionar que no son técnicas que se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados como base científica para llevar a cabo en determinadas situaciones específicas; es necesario saber aplicarlas adecuadamente, y nunca deben entenderse como una forma punitiva. Si se aplican correctamente en los casos indicados y de una forma profesional, no suponen ningún daño psicológico para el niño.

Los objetivos básicos son:

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

El método físico de control de conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La principal indicación es en algunas urgencias dentales con niños descontrolados y en pacientes neurológicos que no pueden controlar sus movimientos. Hay que ser conscientes de lo que se realiza al aplicarlas y tratar de que el niño tenga pensamientos positivos respecto a si mismo.²³

8.3.1 Consideraciones generales.

- Sólo deben utilizarse después de haber agotado las posibilidades de tratamiento con las técnicas convencionales.
- Siempre deben ser considerados antes de planificar el tratamiento con anestesia general.
- Se emplea como parte de un tratamiento no como un castigo.
- La principal finalidad es la protección del paciente
- Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres por qué y cómo se utilizan; así como obtener el consentimiento informado de los padres.
- A los niños debe explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevará a cabo

8.3.2 Bloque de mordida o abrebocas.

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Esta indicado para algunos niños que 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.



Figura 5 Abrebocas

Fuente Directa

8.3.3 Mano sobre boca.

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello está prohibida su utilización en niños menores de 3 años y en pacientes con coeficientes intelectuales bajos. Consiste en la aplicación firme de la mano del profesional sobre la boca del niño, cuando este se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos. La asistente controla manos y piernas para frenar la agitación y evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que esta actuando en forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en el que este dispuesto a cooperar.

La técnica no busca asustar al niño, sino obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al profesional, y es importante que éste no refleje una actitud de enfado. Es una técnica controvertida, pero lo cierto es que resulta efectiva en los casos indicados.²⁴



Figura 6 Mano sobre boca

Fuente Directa

8.3.4 Control físico mediante dispositivos especiales

Cuando el Cirujano Dentista ya no puede controlar los movimientos del niño, se recurre a dispositivos de limitación física específicos para el control de todo el cuerpo, como toallas, dispositivos comerciales como el Pediwrap (dispositivo de nylon con cierre de velcro) o el Papoose borrado (tabla rígida con envoltorio de tela).

Esta técnica de enfoque físico puede crear confusión en los padres, y especialmente en aquellos casos donde sus hijos hayan tenido experiencias dentales negativas.²⁵



Fuente directa

Fig. 7 Limitación física

8.4 UTILIZACIÓN DE ALGUNOS FÁRMACOS QUE COADYUVAN EN EL CONTROL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

El control de la conducta niño es más un arte que una ciencia, por ello no se debe olvidar que los fármacos no deben utilizarse nunca como sustitutos de los métodos de acercamiento no farmacológicos, de los que el Cirujano Dentista dispone.

El objetivo de todo profesional que trabaja con un niño no es sólo conseguir un tratamiento efectivo y eficiente, sino, además, una actitud positiva del niño encaminada hacia la conservación de su salud dental, no siempre se puede conseguir fácilmente estos objetivos, ya que, la conducta del niño en la consulta puede verse alterada por varias causas que pueden hacer necesario el uso de fármacos, que asociados a los métodos habituales de acercamiento y comunicación , permitan lograr los objetivos establecidos, fomentar la educación, aliviar el miedo, la ansiedad y establecer una relación de confianza entre el niño y el Cirujano Dentista, de manera que para el control de conductas interruptivas, con frecuencia es suficiente el uso de las técnicas básicas de acercamiento que de forma separada o en combinación posibilitan al Cirujano Dentista el logro de conductas sucesivamente más apropiadas. No obstante, en algunos de estos problemas de conducta será necesario el uso de fármacos, con que se podrá diferentes estados sedativos en concientes hasta llegar a la anestesia general.²⁶

Sedación consciente

En 1085, se firmó documento titulado Guía para el uso electivo de la sedación consciente, sedación profunda y anestesia general en odontopediátria, la cual menciona que antes de tomar la decisión de usar sedación consciente se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Otras modalidades alternativas para el manejo del comportamiento.
- Necesidades dentales del paciente
- Calidad del cuidado dental
- Consideraciones físicas del paciente

Los objetivos de la sedación consciente son:

- Reducir o eliminar la ansiedad del paciente, así como hacer que se sienta seguro y confortable para poder realizar un buen tratamiento dental.
- Reducir los movimientos y reacciones adversas durante el tratamiento.
- Aumentar la cooperación del paciente.
- Incrementar su tolerancia durante los tratamientos largos.
- Ayudar en el tratamiento de los pacientes comprometidos física y psíquicamente.²⁷

Sedación ligera

Será idónea para aquellos niños en los que el miedo y la ansiedad puedan disminuir su capacidad de comunicación, son pacientes a los cuales se les suele realizar aunque con algunos problemas exploración clínica y radiográfica, pero que con citas posteriores, una sedación ligera puede romper el bloque mental y facilitar su acercamiento.

En estos casos, la vía de administración suele ser oral, este tipo de administración tiene la ventaja de que la administran los padres, lo cual no produce miedo ni temor, con la particularidad de que al ser administrada antes de la cita alcanza su pico máxima durante el tratamiento, otra de las ventajas es que si se calcula la dosis para cada paciente correctamente no existirá toxicidad, sin embargo no se debe olvidar inconvenientes, y es que, al depender de los padres su administración, si e nervioso central efecto no es el deseado nunca sabremos si se ha administrado correctamente.

Así mismo , en estos casos siempre se debe dar por escrito todas las recomendaciones, conservando una copia de la nota facilitada a los padres; si se prevé una dosis inadecuada, nunca se debe administrar una segunda a fin de completar la que nos ha parecido insuficiente, ya que si por algún motivo se ha retrasado la absorción de la dosis inicial y ambas dosis son absorbidas al mismo tiempo causaran alta concentración sérica de un fármaco depresor del sistema nervioso central (SNC), lo que puede provocar consecuencias graves, como depresión respiratoria, colapso cardiovascular y muerte.²⁸

Agentes comunes en sedación por vía oral

Narcóticos	Ansiolíticos	Hipnóticos
Mepiridina	Antihistamínicos Hidroxina (Atarax) Prometacia (Fenergan) Benzodiacepinas Diacepan (Valium)	Hidrato de cloral

Sedación por inhalación (óxido nitroso)

Para sedación consciente por vía inhalatoria se dispone de un sólo compuesto, óxido nitroso , fue usado por primera vez por orase Well en 1844, obteniendo por calentamiento de nitrato de amonio, es posteriormente purificado, principalmente de oxido nítrico y de dióxido de nitrógeno, ya que estos componentes pueden ocasionar intoxicaciones mortales, el gas se transforma en un líquido claro e incoloro a 28° C y 50n atmósferas de presión, una vez licuado se almacena en cilindros con un indicativo azul.

Ventajas

Fácil dosificación.

Ausencia de efectos secundarios.

Fácil recuperación del paciente.

Inconvenientes

Equipo e instalaciones caros.

Indicaciones muy concretas (no debe usarse en niños muy pequeños y con alto grado de ansiedad).

Es muy difícil su uso cuando se requiere trabajar en la zona de incisivos superiores.

Necesita entrenamiento previo.

Indicaciones

Niños semicooperativos. Es decir a todos aquellos que se les puede convencer mediante las técnicas básicas de manejo a ponerse mascarilla.

Miedo, ansiedad. La dosis recomendada de óxido nitroso, al ser un agente débil, servirán para controlar a niños moderadamente ansiosos.

Para crear un estado semiconciente y de esta manera eliminar reacciones adversas al tratamiento.

En niños con problemas físicos o mentales.

En citas excesivamente largas.

Contraindicaciones

En niños muy pequeños.

No debe usarse como reemplazo de las técnicas básicas de manejo.

En niños muy necios o desafiantes que mediante las técnicas de manejo no permitan colocarles la mascarilla.

En niños con obstrucción nasal o problemas de vías respiratorias.

En niños con inestabilidad emocional.

En pacientes que estén tomando antidepresivos en el momento del tratamiento.²⁹

Sedación profunda

La sedación profunda es bastante inusual en odontopediatría, afortunadamente a la mayoría de los niños es posible tratar con sedación ligera; sin embargo, aunque muy infrecuente, este tipo de farmacología será la elegida para aquellos niños que requieran tratamientos largos y muestren escasa o nula cooperación, por lo general a estos niños es imposible realizarles serie radiográfica en la primera visita, y en el caso de decidir intentarlo, fracasaran todas las técnicas para el manejo de la conducta.

En sedación profunda las vías de administración más comúnmente usadas son:

- Rectal.
- Nasal.
- Intramuscular.

Mediante este tipo de sedación, el paciente tiene un nivel de conciencia deprimida, a partir del cual, si las dosis son correctas, es fácil despertarlo mediante una estimulación física o verbal.^{30, 31}

Agentes más comunes usados en la sedación profunda según la vía de administración

	Agentes	Vía de administración
Hipnóticos (Benzodiacepinas)	Diacepam (Stesolid)	Rectal
	Midazolam (Dormicum)	Intramuscular
Narcóticos	Tramadol (Adelanta)	Intramuscular
	Meperidina (Volantina)	Intramuscular
Agentes disociativos	Ketamina (Ketolar)	Intramuscular

9 IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la Salud, es cualesquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud (Green y col 1980).⁷

Por lo tanto la Educación para la salud trata con la conducta relacionada con la salud, y, para hacerlo el Cirujano Dentista debe tener el conocimiento de los aspectos importantes que determinan la conducta, para poder enseñar estrategias que permitan a los pacientes odontopediátricos tener un cambio favorable en su conducta. El educador para la salud debe tener un cúmulo de conocimientos y habilidades que puedan ayudar a los niños a tener el control de su propio comportamiento, y a lograr las metas que se han fijado ellos mismos.

La Educación para la Salud es una profesión dedicada a facilitar los cambios benéficos y, voluntarios en la conducta de las personas que conducen a mejoras en su salud, es práctica y ecléctica, tomando según se necesita, de las ideas, teorías y métodos para poder adaptarlos a la población infantil

La Importancia del Abordaje Psicológico del niño en Educación para la Salud, incluye cambios en la conducta del niño, como tal, uno de los fundamentos principales de Educación para la salud esta formado por las ciencias de la conducta. Como propósito se menciona cómo y por qué los niños se comportan como lo hacen. Contribuciones de psicología han proporcionado un cuerpo sustancial y creciente de literatura sobre la conducta de salud. Naturalmente, la conducta humana es demasiada compleja para ser clasificada de manera fácil, sin embargo los determinantes de la conducta que pueden ser influenciados por la Educación han sido identificados en las investigaciones y teorías de la ciencia de la conducta, entre estas determinantes encontramos las psicológicas,

las cuales incluyen aquellas características que están dentro del niño, como conocimientos, actitudes, creencias, habilidades, experiencias, etc., que se identifican en forma típica como el centro de los esfuerzo típico del abordaje psicológico del niño.

La Educación para la Salud basada en las diferentes teorías relacionadas con el Abordaje Psicológico del Niño, se apoya de manera sólida en estas teorías para tratar de modificar las diferentes conductas negativas y cambiar ese comportamiento negativo hacia un ideal deseado de forma gradual enseñando a establecer una comunicación adecuada entre el Cirujano Dentista y el paciente pediátrico, sin olvidar que el profesional de la salud bucodental tiene realmente que conocer y manejar con habilidad las diferentes técnicas y estrategias para el control de la conducta de los niños, por este motivo es muy importante conocer las diferentes respuestas cognitivas y conductuales que permitan la aplicación con base a la Educación para Salud de las distintas técnicas de enseñanza para la modificación de la conducta y poder realizar un tratamiento exitoso, teniendo en cuenta que para modificar la conducta de un niño se requiere tiempo y paciencia, sin olvidar que se requiere también de una comunicación entre el Cirujano Dentista y los padres, pues cada vez tiene más importancia aspectos como el consentimiento informado y la participación educacional de éstos de manera activa .

La mayoría de los niños acepta sin ningún problema establecer relaciones de salud y adaptarse a programas que hablen sobre ésta, lo que puede atribuirse a diferentes factores como la edad del niño, personalidad atención de los padres hacia practicas educacionales, que puede permitir al profesional el uso de sus habilidades para la mejora del tratamiento.

Es importante mencionar que la Educación para la salud como parte del Abordaje psicológico del Niño, tiene un auge muy importante debido a que es considerada en un contexto social y apoyada por instituciones como escuelas,

hospitales y comunidades, de tal manera que cuanto más y mejor se promueva la Educación para la Salud Por si misma, más importante será la manera que sea percibida por los niños, por los representantes de éste, instituciones etc. En consecuencia, los esfuerzos por cambiar la conducta del niño y de la cooperación de los padres para la mejora de los tratamientos odontológicos y el dirigir al niño para que su actitud sea positiva frente al tratamiento odontológico permitirán realizar de manera más eficaz el tratamiento en el niño, considerando que se tiene la obligación de considerar los sentimientos del niño, ganar su confianza y cooperación ,efectuar el tratamiento de manera amable, y no sólo preocuparse de proporcionar la atención requerida en el momento sino, además, promover la futura salud dental del niño en base a la Educación para la Salud, mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas sobre el tratamiento dental.

Conclusiones

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud (OMS), México Se encuentra entre los países de mayor frecuencia en enfermedades bucales, afectando más del 90% de la población, cifra que resulta demasiado alarmante sobre todo al pensar qué hacemos nosotros como encargados de la salud bucodental con respecto a mejorar esta situación. Es quizá una falta de conciencia social, escasez de recursos financieros, culturales y políticas públicas deficientes; a sí como el poco tiempo dedicado en los programas educativos a la Educación para la Salud, durante la formación profesional. Si bien es cierto, que la Educación para la Salud forma parte esencial de nuestra formación como Cirujanos Dentistas, por lo que estos no deben no olvidarla durante la práctica privada e institucionalizada, con el fin de mejorar la salud de los niños

Por otra parte, se hace énfasis que la odontología no se encuentra aislada de otras ciencias como lo podrían ser las ciencias sociales y humanísticas entre otras, por lo que es indispensable trabajar en conjunto con ellas, para fortalecer nuestro conocimiento, sobre temas importantes como es el caso del abordaje psicológico del niño , que de conocer sus principios fundamentales, se pueden trasladar de manera adecuada a nuestra práctica profesional y lograr interceptar conductas de riesgo del niño que limiten no poder llevar a cabo un exitoso tratamiento. A esto se debe el gran interés por fomentar la importancia de Educación para la Salud en la conducta del niño.

Por lo tanto, el educador para la salud, tiene la obligación de conocer y poner en práctica todas las estrategias del control de la conducta de los niños, con la finalidad de que éstos participen activamente en programas de salud bucodental, responsabilizándose de su auto cuidado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rodríguez Ortega G. Rojas Russell M.E. Coord. LA psicología De La Salud en América Latina / México: M.A. Porrúa: UNAM, Facultad de Psicología, 1999.
2. Davis. Keith. El comportamiento y la mente humana. 2ª. ed. México: Editorial McGraw-Hill, 1994.
3. García viveros M, Silvia García J. La Salud en el niño en el próximo milenio (memorias) XI simposium internacional. Edit. Porrúa. México, 2000.
4. Herreman R. Historia de la Medicina. México: Trillas; 1992
5. Escobar F. Odontología Pediátrica 3ª. Ed. Santiago de Chile: Edit. Universitaria, 1998.
6. Papalia D. A. Wendros Olds. Psicología del Desarrollo. México: Editorial McGraw Hill, 2001.Pp. 2-6.
7. Greene W. H., Gottlieb. Educación para la salud, México: Interamericana, 1998, 29-34.
8. San Martín. H y Pastor, V. Salud Comunitaria Teoría y Práctica. México: Díaz Santos, 1998.
9. Boj. Juan. Odontopediatria. Barcelona: MASSON, 2004, 3-7.
10. Oblitas G L A. Psicología de la Salud y calidad de vida, México: Thomson L earning, 2004.

11. Fernandez C, Martin M D, Miguel F. Aspectos Psicológicos de la Conducta Infantil. Madrid 1998. pp. 89-96
12. Pinkham J. Odontología Pediátrica. 3ª. Ed. México: McGraw-Hill, 2001. Pp. 235-239.
13. Wolman BB. El niño Ante el temor y el Miedo, México: Lasser Press Mexicana, 1994.
14. Ajuriaguerra j. Manual de Psiquiatría infantil. 4ª. Ed. Barcelona: Masson, 2002. Pp. 67-83.
15. Pinkham JR, Casamassimo PS, Field HW, Mc Tighe. Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. Philadelphia: WB Saunders, 2001.
16. Amigo Vázquez I, Fernandez Rodriguez C, Perez Álvarez M. Manual De psicología de la salud. Madrid: Pirámide. 2001.
17. Lara N, López V. Factores que influyen en la utilización de los Servicios odontológicos. Revisión de la literatura. Revista ADM. Vol. LIX, No. 3 Mayo-Junio 2004. Pp. 100-1009
18. Boj J R, Lischeid C. Evaluación de la Colaboración en el Paciente odontopediatrico. Barcelona 1998.pp. 86-92.
19. Wells Anne, ED. d; Winter Paul A. Influencia of practice and personal Characteristics on Dental Job Satisfaction. Journal of Dental Education. November. Volumen 63, No. 11. 1999. Pp. 805-813.

20. Reardon K. La persuasión en la Comunicación, Teoría y Contexto. Paidós Comunicación. México. 1998. Pp. 27-42.
21. Moor P. Pedagogía y Terapia del Juego en la Educación. Barcelona: Herder, 2002. Pp. 73-75.
22. Celis R. M. Cambio Conductual Tomado De Oral self Care strategies For preventive dentistry. Chapter 2. Identifying and specifically defining the problem. FO UNAM. 1995.
23. Klein A. Physical restraint, informed consent and the child patient. J dent child. 1996. Pp. 121-123.
24. Kan M, Ishikawa T, Nagasaka N. A study of psychological stress Created in dentists by children during pediatric dental treatment. J dent child 1999.
25. <http://members.trieod.com/psico1.deshumano/conductismo.html>
26. Weinstein P, Ratener P. Behavior of dental assistants managing Young children in the operatory. Pediatr Dent 1996. Pp. 115-120.
27. Nelson. Tratado de pediatría, 14ª. Ed. Madrid: interamericana, 1999. Pp. 116-121.
28. McDonald RE, Avery DR. Odontología Pediátrica y del adolescente, 6ª. Ed. Madrid: Mosby/Doyma. 2000. Pp. 281-291.
29. Wilson S, Dilley DC, Vann WF, Anderson JA. Control del dolor y de la Ansiedad. 3ª. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001. Pp. 89-94.

30. <http://www.who.int/es/>
31. Cheril A. Cameron. A cognitive task analysis for dental hygiene
journal of dental education. May 2002. Pp. 303-304.
32. Cruz Hernández M. Tratado de pediatría. Barcelona: 2002.Pp. 119-
123.