



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CONSTRUCCIÓN DE RELACIONES ASERTIVAS EN  
LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

MARÍA DE LOURDES SÁNCHEZ RAMÍREZ

TUTORA: Mtra. ANDREA LARA PÉREZ SOTO

ASESORA: Mtra. PATRICIA DÍAZ COPPE

MÉXICO, Cd. Mx.

2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

## **ÍNDICE**

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>1. Antecedentes</b>	<b>6</b>
1.1 Comunicación	7
1.1.1 El proceso de la comunicación	7
1.1.1.1 Contexto	8
1.1.1.2 Participantes	9
1.1.1.3 Mensajes	9
1.1.1.4 Canales de comunicación	10
1.1.1.5 Ruido	10
1.1.1.6 Retroalimentación	11
1.1.2 Funciones de la comunicación	11
1.1.3 Tipos de comunicación	12
1.1.3.1 Comunicación verbal	13
1.1.3.1.1 Lenguaje	13
1.1.3.1.2 Denotación y Connotación	14
1.1.3.1.3 Desarrollo de la capacidad de hablar más claramente	15
1.1.3.2 Comunicación no verbal	17
1.1.3.2.1 Movimientos corporales	18
1.1.3.2.2 Paralenguaje	20
1.1.3.2.3 Presentación personal	22
1.1.3.2.4 La comunicación a través del control de su ambiente	24
<b>1.2 Asertividad</b>	<b>27</b>
1.2.1 Tipos de asertividad	35
1.2.2 La actitud asertiva	36
<b>2. Comportamiento odontológico infantil</b>	<b>37</b>
2.1 Factores que influyen en el comportamiento odontológico infantil	39
2.1.1 Ansiedad de los padres	39
2.1.2 Experiencias medicas	41
2.1.3 Conciencia del problema dental	41
2.2 Problemas generales del comportamiento de los niños	41
2.3 Clasificación del comportamiento cooperativo de los niños	41



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

<b>3. Estrategias del equipo de trabajo</b>	<b>49</b>
3.1 Fundamentos de la orientación de la conducta	50
3.1.1 Enfoque positivo	51
3.1.2 Actitud del equipo de trabajo	51
3.1.3 Organización	52
3.1.4 Sinceridad	52
3.1.5 Tolerancia	52
3.1.6 Flexibilidad	53
3.2 Comunicación con el niño	53
3.2.1 Establecimiento de la comunicación	53
3.2.2 Establecimiento del comunicador	54
3.2.3 Claridad del mensaje	54
3.2.4 Control de voz	55
3.2.5 Comunicación multisensorial	55
3.2.6 Problema de la propiedad	56
3.2.7 Escucha activa	57
3.2.8 Respuestas adecuadas	57
<b>4. Orientación de la conducta del niño: uso de la sugestión</b>	<b>58</b>
<b>5. Construcción de relaciones asertivas en la clínica de Odontopediatría</b>	<b>64</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>68</b>
<b>Referencias</b>	<b>69</b>



---

---

Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología

## *Agradecimientos*

*Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional, siendo para mí la mejor herencia. A mi madre Emma Ramírez Pedro que es el ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral su cariño y comprensión que desde siempre me ha brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles. A mi padre Jorge Sánchez Torres porque ha sido un hombre grande y maravilloso y que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía. Esto es lo que ha hecho que sea lo que soy hoy. A mis hermanos que siempre estuvieron presentes, gracias por su apoyo incondicional.*

*A la majestuosa Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología porque fueron mi segunda casa a lo largo de estos años y en donde pase momentos inolvidables junto a mis amigos y profesores.*

*A la Mtra. Andrea Lara Pérez Soto por su guía, paciencia y apoyo para la realización de este trabajo y a la Mtra. Patricia Díaz Coppe por todas las enseñanzas y experiencias brindadas en mi último año de la carrera.*

*Principalmente agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este momento*



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



## **INTRODUCCIÓN**

Para lograr una correcta relación entre niño-odontólogo, en la clínica de Odontopediatría, se requieren conocimientos básicos de comunicación y de la construcción de una relación asertiva.

La asertividad, según Wolpe (1969), es la “defensa de derechos” y más tarde la definió como “una expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, que excluye la respuesta de ansiedad”. El ser asertivo es mucho más que transmitir seguridad al paciente, implica saber manejar la incertidumbre, generar confianza, y responder sin pasividad o agresividad y sin manipular. Tanto los elementos verbales y no verbales de nuestro lenguaje son importantes a la hora de mostrarse asertivo con el niño y los padres durante la consulta en la clínica de Odontopediatría.

En este trabajo se habla sobre comunicación y asertividad en un contexto odontopediátrico, para de esta manera, aprender a crear relaciones asertivas en la clínica y orientar la conducta del paciente y de los padres hacia un tratamiento exitoso.

El trabajo está desarrollado en dos partes: en la primera (capítulo1) describe las generalidades sobre comunicación y asertividad, con el fin de tener una base de la cual partir hacia el contexto odontopediátrico. La segunda parte (capítulos del 2 al 5) se enfoca hacia la orientación del comportamiento infantil, las estrategias del equipo de trabajo, la orientación de la conducta infantil por medio de la sugestión y la creación de relaciones asertivas entre niño/padres y odontopediatra.

La descripción anterior, ofrece un panorama general del contenido. el cual dejo a la consideración del honorable jurado.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



## **1. ANTECEDENTES**

La comunicación ha tenido un papel fundamental en la vida de los seres humanos, siempre ha estado presente en el progreso de la civilización, esta se basa en la emisión de sonidos, en señales y signos. A lo largo de la historia de la humanidad, se han ido perfeccionando los medios y las formas para llegar a un entendimiento entre los seres humanos y su entorno, al escuchar e interpretar los sonidos de la naturaleza, las señales de humo, los sonidos que se emiten al percutir algo, al plasmar representaciones por medio de dibujos, con la invención de un sistema de escritura (jeroglíficos) y a partir de la invención de la bombilla eléctrica y de los avances tecnológicos, se han generado cambios sociales importantes en las formas comunicativas.

Dicho lo anterior, se debe considerar a la comunicación como elemento fundamental en el establecimiento de relaciones entre los seres humanos. En el presente trabajo hace referencia a la comunicación y las formas asertivas de construirla, entre el odontólogo y el paciente infantil.

Antes de iniciar cualquier intervención en la cavidad oral, el Cirujano Dentista debe tener como primer objetivo establecer una adecuada comunicación con el paciente, más aún si se trata de un paciente pediátrico, esta será la base para construir una orientación eficaz de la conducta y repercutirá directamente en la realización del tratamiento dental.

Debemos reconocer que la comunicación es fundamental para hacer de la consulta odontológica una experiencia favorable para el paciente infantil, por lo que a continuación se abordarán aspectos importantes a considerar en todo proceso de comunicación.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



## **1.1. COMUNICACIÓN**

La comunicación implica la transmisión de una determinada información. El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación. Esta consiste en el intercambio de mensajes entre los individuos.

La comunicación es un proceso de compartir el significado, ya sea que el contexto se presente como una conversación informal, interacción de grupo o discurso en público.<sup>1</sup>

### **1.1.1. El proceso de la comunicación**

Desde un punto de vista técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B, distante del anterior en el espacio o en el tiempo. Todo proceso comunicativo consta de: Emisor, receptor y mensaje. (Fig.1)

- El Emisor. Es la persona que se encarga de transmitir el mensaje. Esta persona elige y selecciona los signos que le convienen, es decir, realiza un proceso de codificación; codifica el mensaje.
- El Receptor será aquella persona a quien va dirigida la comunicación; realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta los signos elegidos por el emisor; es decir, descodifica el mensaje.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- Naturalmente tiene que haber algo que comunicar, un contenido y un proceso que con sus aspectos previos y sus consecuencias motive el Mensaje.

Las circunstancias que rodean un hecho de comunicación se denominan Contexto situacional (situación), es el contexto en que se transmite el mensaje y que contribuye a su significado.<sup>2</sup>

#### **1.1.1.1. Contexto**

El contexto es el medio en el que ocurre la comunicación, que incluye lo que antecede y lo que va después de lo que se dijo. Los contextos son:

- Contexto físico. Incluye donde se lleva a cabo, las condiciones ambientales, la distribución de los asientos y la hora del día. Cada uno de estos factores puede afectar a la comunicación.
- Contexto social. Incluye la naturaleza de las relaciones que existen entre los participantes. Si la comunicación se lleva a cabo entre miembros de la familia, amigos, conocidos, socios de trabajo o extraños, influye en los mensajes y en cómo se forman, se comparten y entienden.
- Contexto histórico. Incluye los antecedentes que proporcionan los episodios de comunicación previos entre los participantes que influye en el entendimiento del encuentro actual.
- Contexto psicológico. Incluye el humor y sentimiento que cada persona brinda a la comunicación.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- Contexto cultural. Incluye las creencias, valores y normas que se comparten entre un gran grupo de personas.<sup>1</sup>

### **1.1.1.2. Participantes**

Los participantes son tanto transmisores como receptores durante la comunicación. Como transmisores formamos mensajes e intentamos comunicarlos a los otros a través de los símbolos verbales y de un comportamiento no verbal. Como receptores procesamos los mensajes y las conductas que recibimos y reaccionamos a ellos.

### **1.1.1.3. Mensajes**

La comunicación se lleva a cabo por medio del envío y recepción de mensajes los cuales incluyen los elementos de significados y símbolos, codificar y descifrar, por último, forma u organización.

- **Significados y símbolos.** Los significados son las ideas y sentimientos que existen en su mente. Los símbolos son palabras, sonidos y acciones que representan un significado específico del contenido.
- **Codificar y descifrar.** El proceso de pensamiento cognoscitivo de transformar las ideas y los símbolos y organizarlos dentro de un mensaje se llama codificar un mensaje; el proceso de transformar de nuevo los mensajes de otro, dentro de las ideas y sentimientos propios de uno, se llama descifrar.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- **Forma u organización.** Cuando el significado es complejo, podemos organizarlo en secciones o con un cierto orden. La forma del mensaje es importante especialmente cuando una persona habla sin interrupción por un tiempo relativamente largo.

#### **1.1.1.4. Canales de comunicación**

Un canal de comunicación es la ruta recorrida por el mensaje. Los mensajes se transmiten a través de canales sensoriales.

- El sonido: símbolos verbales.
- La luz: apuntes no verbales.

No obstante, la gente puede y se comunica por medio de cualquiera de los cinco canales sensoriales.

#### **1.1.1.5. Ruido**

Es cualquier estímulo, ya sea de tipo externo, interno o semántico que interfiera con la participación de algún sentido.

- Ruido externo. Son miradas, sonidos y cualquier otro estímulo en el ambiente que distraiga la atención de la gente de lo que se dice o se hace.
- Ruido interno. Son pensamientos o sentimientos que interfieren con el proceso de comunicación.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- Ruido semántico. Son los significados no intencionados que se generan por ciertos símbolos que inhiben la precisión del desciframiento.

#### **1.1.1.6. Retroalimentación**

Es la respuesta al mensaje. Indica a la persona que envía el mensaje si este se escuchó, se vió, se entendió y cómo se llevó a cabo. Si la respuesta verbal y no verbal indica al transmisor que el sentido pretendido no se escuchó, el indicador puede intentar encontrar una manera diferente de codificar el mensaje para poder poner en línea el significado que fue entendido con el sentido original del emisor.

#### **1.1.2. Funciones de la comunicación**

Nos comunicamos para satisfacer nuestras necesidades, para mantener y fortalecer nuestro sentido de identidad, para cumplir con las obligaciones sociales, para desarrollar relaciones, para intercambiar información y para influir en otro.<sup>1</sup>

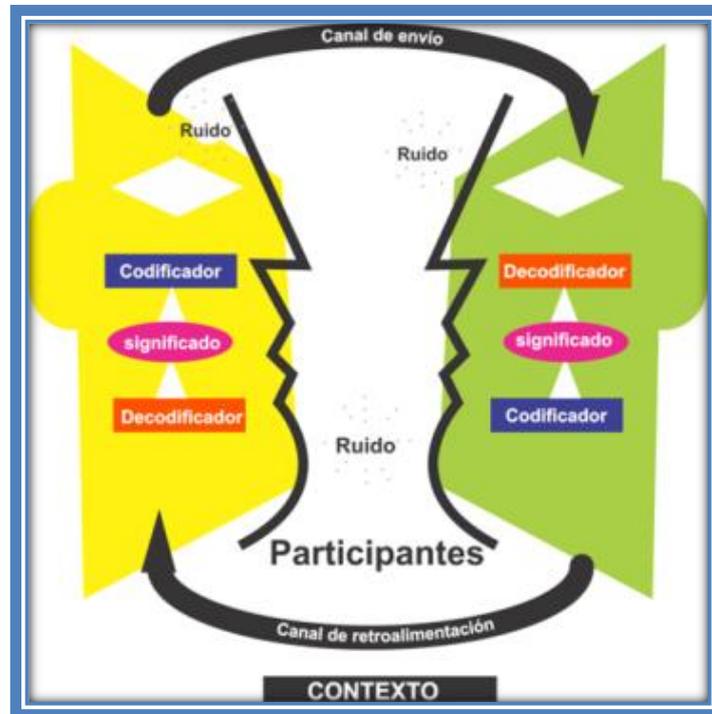


Fig.1 Modelo de comunicación entre dos individuos.<sup>3</sup>

### 1.1.3. Tipos de comunicación

La capacidad de la comunicación, es la impresión de que el comportamiento comunicativo es apropiado y efectivo en una situación dada. Creamos la percepción de que somos comunicadores competentes a través de los mensajes verbales que enviamos y las conductas no verbales que nos acompañan.<sup>1</sup>

A continuación, se explican estos dos tipos de comunicación: verbal y no verbal.



Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología



### 1.1.3.1. Comunicación verbal

Este es el principal tipo de comunicación utilizado por los seres humanos, se vale de la palabra para dar el mensaje. Puede ser oral o escrita.<sup>4</sup> (Fig.2)

Tipos de comunicación	Ventajas	Desventajas
Oral	<ul style="list-style-type: none"><li>-Es más rápida.</li><li>-Existe retroalimentación.</li><li>-Proporciona mayor cantidad de información en menos tiempo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Existe un elevado potencial de distorsión.</li><li>-El riesgo de interpretación personal es mayor.</li></ul>
Escrita	<ul style="list-style-type: none"><li>-Existe un registro de la comunicación, permanente, tangible y verificable</li><li>-El contenido del mensaje es más riguroso y preciso, lógico y claro.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Consume más tiempo.</li><li>Carece de retroalimentación inmediata.</li><li>-No existe seguridad de la recepción ni de la interpretación.</li></ul>

Fig. 2. Ventajas y desventajas de la comunicación oral y escrita.<sup>4</sup>

La comunicación verbal se refiere a cómo la gente utiliza el lenguaje, la relación entre lengua y sentido, con énfasis en la denotación y connotación, y las diferencias culturales y de género; y las habilidades que nos ayudan a hablar clara y apropiadamente.

#### 1.1.3.1.1. Lenguaje

Es el sistema y el cuerpo de palabras, para su uso en la comunicación, que son usuales para la gente de la misma comunidad o nación, de la misma área geográfica o de la misma tradición cultural.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

Aunque en las comunidades, el lenguaje, varía en las palabras que se utilizan y en sus sistemas de gramática y sintaxis, todas las lenguas humanas cumplen con los siguientes propósitos; por consiguiente, utilizamos el lenguaje para:

- a) Designar, clasificar, definir y limitar.
- b) Evaluar.
- c) Discutir las cosas fuera de nuestra experiencia inmediata.
- d) Hablar del lenguaje.

Aunque el propósito del lenguaje es ayudar a los miembros de una comunidad a entenderse y relacionarse los unos con los otros, el mismo propósito de utilizar el lenguaje conlleva la rica posibilidad de crear malentendidos.

### **1.1.3.1.2. Denotación y Connotación**

La **denotación** es el significado explícito y directo que la gente consiente en darle a la palabra; de un modo breve, la denotación es el significado que se da en un diccionario.

En algunas ocasiones el significado denotativo de la palabra puede no ser claro; puede variar dependiendo del contexto en el que la palabra es utilizada.

La **connotación** son los sentimientos asociados a la palabra. La connotación de una palabra puede aún ser más importante que nuestro entendimiento del significado.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

Las palabras específicas aclaran el significado al reducir lo que se entiende de una categoría general a un grupo particular dentro de esta categoría. Las primeras palabras que llegan a la mente al tratar de expresar nuestros pensamientos son, frecuentemente, generales y abstractas lo cual permite al que escucha elegir de muchas imágenes posibles más que interpretar la única y concentrada imagen que tiene el orador. Mientras más se les pida a los que escuchan que proporcionen sus propias imágenes, es más probable que vean significados distintos a los que suponemos.

Las palabras concretas no son solamente específicas, sino que también es probable que interesen a nuestros sentidos para inventar o recrear una imagen.

Las palabras que son precisas, son las que más exacta y correctamente capturan el sentido de lo que decimos.

**1.1.3.1.3. Desarrollo de la capacidad de hablar más claramente**

Ser capaz de hablar más claramente requiere que elaboramos nuestro vocabulario de trabajo y realizar una lluvia de ideas para generar selecciones de palabras de nuestro vocabulario activo.

Como orador, mientras más amplio sea el vocabulario más alternativas se tendrán de las cuales seleccionar la palabra que se quiere, como el que escucha, mientras más amplio sea su vocabulario, es más probable que entienda las palabras utilizadas por los otros.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



Una segunda manera de aumentar el vocabulario, es tomar nota de cualquier palabra que no sea capaz de definir con precisión y que utilice la gente en sus conversaciones con el otro.

Tener un vocabulario más amplio no ayudará a su discurso, si no tiene un procedimiento para utilizarlo. Una manera de practicar el acceso a las alternativas de su memoria es una lluvia de ideas durante las sesiones de práctica y más adelante, en la conversación. La lluvia de ideas es un proceso nada crítico, ni evaluador, de generar alternativas.

Exponer con claridad nuestros mensajes verbales es un trabajo difícil, pero al desarrollar su vocabulario y al aprender a tener una lluvia de ideas mental contribuirá a que se sea capaz de realizar ajustes en la conversación diaria.

Hablar con propiedad significa elegir un lenguaje y símbolos que se adapten a las necesidades, intereses, información y actitudes de los que escuchan para evitar que, el lenguaje interfiera en una comunicación adecuada, que más que comunicar, los aparta.<sup>1</sup>

- Formalidad del lenguaje. El lenguaje deberá ser apropiadamente formal para la situación. En un ambiente interpersonal es probable que usemos un lenguaje más informal cuando platicamos con nuestro mejor amigo y un lenguaje más formal cuando lo hacemos con nuestros padres.
- Jerga y modismos. El lenguaje apropiado deberá seleccionarse para que la jerga y los modismos no interfieran con la comprensión.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

- Expresiones irreverentes y vulgares. El lenguaje apropiado no incluye las expresiones irreverentes y vulgares.
- Sensibilidad. El lenguaje es apropiado cuando es sensible a los usos que los otros perciben como ofensivos. Algunos de los errores que tenemos en el lenguaje resultan de utilizar expresiones que son percibidas como sexistas, racistas o con alguna otra inclinación, esto es, cualquier lenguaje que se perciba como desestimado a cualquier persona o grupo de gente debido a su sexo, raza, edad, impedimento u otra característica de identificación.

### **1.1.3.2. Comunicación no verbal**

Las conductas de la comunicación no verbal son aquellas acciones corporales y cualidades vocales que acompañan de manera típica al mensaje verbal y que se interpretan comúnmente como intencionales. Se usan con regularidad entre los miembros de una cultura determinada o de una comunidad de lenguaje afín, que tiene interpretaciones convenidas en esa cultura o comunidad.

Aparte de las acciones corporales y de las cualidades vocales que acompañan a los mensajes verbales, la comunicación no verbal también incluye los mensajes enviados por nuestro uso del espacio físico y de nuestras elecciones en el vestir, los muebles, iluminación, temperatura y el color.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

**1.1.3.2.1. Movimientos corporales**

De todas las conductas no verbales, las más comunes son los movimientos corporales.

- **Contacto visual o contemplación.** Es la manera en que observamos a la gente con la que nos comunicamos. El contacto visual sirve a muchas funciones en la comunicación. Su presencia demuestra que ponemos atención. Cómo observamos a una persona revela también una serie de emociones tales como afecto, enfado o miedo. También la intensidad del contacto visual puede utilizarse para ejercitar el dominio.<sup>1</sup> (Fig.3)



Fig. 3. Contacto visual con el niño-odontopediatra.<sup>5</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

Por medio del contacto visual revisamos el efecto de nuestra comunicación. Al mantener el contacto visual, usted podrá decir si la gente le presta atención, si comprende lo que usted dice, si lo que expresa son sentimientos evocados.

Generalmente mantenemos un mejor contacto visual cuando:

- ✓ Discutimos temas con los que nos sentimos cómodos.
- ✓ Estamos genuinamente interesados en los comentarios o reacciones de una persona.
- ✓ Tratamos de influir en otra persona.

Por el contrario, tendemos a evitar contacto visual cuando:

- ✓ Discutimos temas que nos incomodan.
  - ✓ No tenemos interés en el tema o la persona.
  - ✓ Nos da pena, nos avergonzamos o intentamos esconder algo.
- **Expresión facial.** Es la disposición de los músculos de la cara para comunicar estados emocionales o reacciones a los mensajes. Nuestras expresiones faciales son especialmente importantes al transmitir las seis emociones básicas de felicidad, tristeza, sorpresa, miedo, enfado y disgusto que son reconocidas paralelamente en todas las culturas.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- **Gesto.** Los gestos son los movimientos de las manos, brazos y dedos que utilizamos para describir o poner en relieve. Cuando una persona dice “así de alto” o “cerca de este ancho”, esperamos ver un gesto que acompañe a la descripción verbal.
- **Postura.** Es la posición y el movimiento del cuerpo. También los cambios en la postura pueden comunicar.

#### **1.1.3.2.2. Paralenguaje**

Es el sonido no verbal de lo que escuchamos, cómo se dice algo.

- **Características vocales.** Si se controlan las cuatro características vocales principales, podremos complementar, suplementar o contradecir el significado que se transmite mediante el lenguaje de nuestro mensaje.
  - ✓ **La graduación,** es el alto o bajo nivel del tono. La gente tiende a bajar o elevar la graduación vocal para acompañar los cambios en el volumen. También pueden aumentar la graduación cuando están nerviosos o bajarla cuando intentan ser enérgicos.
  - ✓ **El volumen,** es el nivel de intensidad sonora o suavidad del tono. En tanto que algunas personas tienen voces resonantes que viajan a largas distancias, otros son regularmente de voz afable.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- ✓ **El ritmo**, es la velocidad a la que habla una persona. Las personas tienden a hablar más rápido cuando están felices, asustadas, nerviosas o emocionadas, y más lentamente cuando están resolviendo un problema en voz alta o cuando intentan resaltar un punto.
- ✓ **La calidad**, es el sonido de la voz. Cada voz humana tiene un tono diferente. Algunas voces son ásperas, humeantes, y las que tienen cualidades como de campana, mientras que otras son guturales.
- **Interferencias vocales.** Aunque la mayoría de nosotros somos ocasionalmente culpables de utilizar algunas interferencias vocales (sonidos ajenos o palabras que interrumpen un fluido discurso), estas interferencias se vuelven un problema cuando las perciben, las otras personas, como excesivas y cuando empiezan a llamar la atención sobre sí mismas, lo cual previene de esta manera a los que escuchan de concentrarse en el significado. Las interferencias más comunes que se utilizan en nuestro discurso incluyen “eh”, “mmh”, “bueno”, “OK”, y esos interruptores casi universales de las conversaciones americanas, “tú sabes” y “así como”.<sup>1</sup>

Las interferencias vocales pueden utilizarse como “marcadores de lugar”, diseñadas para llenar brechas momentáneas en el discurso que de otro modo serían de silencio. De esta manera indicamos que aún no terminamos de hablar y que todavía es nuestro “turno”. Así pues, podemos usar un “um” cuando necesitamos hacer una pausa de un momento para buscar la palabra o idea correcta. Aunque la posibilidad de ser interrumpido puede ser real, la intrusión de un



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

número excesivo de rellenos puede llevar a dar la impresión de que no se está seguro o se confunde acerca de lo que intenta decir.

### **1.1.3.2.3. Presentación personal**

Las personas aprenden mucho acerca de nosotros, basándose en cómo elegimos presentarnos a nosotros mismos, mediante nuestra selección en la ropa y de nuestro aseo personal, de nuestro uso del tacto y de la manera en que aprovechamos el tiempo.

- **Vestimenta y arreglo personal.** La selección de la ropa y el arreglo personal comunicarán un mensaje; se necesita determinar qué mensaje se quiere enviar y entonces vestirse y arreglarse de acuerdo a este.<sup>1</sup> (Fig.4)



Fig. 4. Vestimenta (fuente propia)



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

Mientras cada persona tiene derecho de expresar su individualidad y comunicar sus sentimientos políticos, en la vestimenta y arreglo personal, debemos darnos cuenta que, cuando extendemos las normas y las convenciones, creamos barreras.

- **Equilibrio.** Se refiere a la seguridad de la costumbre. Tanto como veinte por ciento de la población experimenta un alto grado de nerviosismo cuando se encuentra con extraños, cuando habla en grupos y en ambientes donde se tiene que hablar en público. Para la mayoría de la gente el nerviosismo disminuye al ganar confianza en su capacidad de funcionar bien en este particular ambiente.
- **Tacto.** Por medio del tacto, el uso de manos, brazos y otras partes del cuerpo para dar palmaditas, abrazar, abofetear, besar, pellizcar, golpear, sujetar y hacer cosquillas, comunicamos una variedad de significados.
- **Tiempo.** Un aspecto menos obvio de nuestra propia presentación es cómo manejamos y reaccionamos al uso y manejo de otra persona, de lo que Edward T Hall (1959) llama tiempo informal, lo cual incluye la duración, la actividad y la puntualidad.
  - ✓ La duración es la cantidad de tiempo que consideramos apropiada para ciertos eventos o actividades.
  - ✓ La actividad se refiere a lo que la gente percibe que debería realizarse en un tiempo determinado.
  - ✓ La puntualidad es el grado hasta donde uno se adhiere estrictamente a la hora que se designó o normal.<sup>1</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

**1.1.3.2.4. La comunicación a través del control de su ambiente.**

Además de la manera en que usamos los movimientos del cuerpo, el paralenguaje y los apuntes de la presentación personal, nos comunicamos no oralmente a través del ambiente físico en el cual se dan nuestras conversaciones, en las que se incluye el espacio que ocupamos, la temperatura de los alrededores, los niveles de iluminación y los colores que se utilizan en la decoración de interiores.

- **Espacio.** El estudio del espacio incluye: las estructuras permanentes, los objetos movibles dentro del espacio y el espacio informal.<sup>1</sup> (Fig.5 y 6)



Fig. 5. Espacio.<sup>6</sup>



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



Fig. 6. Espacio. Clínica Periférica Vallejo (Fotografía: Mtra. Andrea Lara Pérez Soto)

- ✓ **Las estructuras permanentes** son las construcciones en las que vivimos y trabajamos y las partes de esas construcciones que no pueden ser movidas.
- ✓ Control de los **objetos movibles dentro del espacio**. Si el espacio es un dormitorio, una sala de estar, un seminario o un aula de clases, tenemos la oportunidad de acomodar y reacomodar los objetos movibles para lograr el efecto que queremos.
- ✓ Control del **espacio informal**. Comprende el espacio alrededor de nosotros en ese momento, incluye:
  - Distancia íntima, hasta 46cm de separación son apropiados para las conversaciones privadas ente amigos cercanos.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

- Distancia personal, de 46 cm a 1.20 m, es el espacio en el cual se dan las conversaciones casuales.
- Distancia social, 1.20 a 3,60 m, es donde se lleva a cabo el negocio impersonal, tal como las entrevistas de trabajo por poner un ejemplo.
- Distancia publica, a cualquier distancia, más allá de 3.60 m.

**- Temperatura, iluminación y color.**

Son otros tres elementos del medio ambiente que se pueden controlar y que envían mensajes afectando la comunicación.<sup>1</sup>

- ✓ **La temperatura** puede estimular o inhibir la comunicación afectiva al alterar los humores de la gente y al cambiar sus niveles de atención.
- ✓ **La iluminación** también añade sentido a los mensajes de la comunicación. En las salas de lectura se espera una luz brillante, ayuda a escuchar mejor y a leer cómodamente. Al contrario, en un restaurante elegante, en un cuarto para escuchar música o en una sala de televisión, se espera que la luz sea suave y, más bien baja, la cual hace una atmósfera serena pacífica para una sala de estar, pero si se trata de una sala de juegos, se decorará con rojos y amarillos.
- ✓ **El color** puede estimular las reacciones tanto emocionales como físicas. Por ejemplo, el rojo excita, el azul conforta y tranquiliza, el amarillo anima y eleva los humores.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

Resumiendo, la comunicación no verbal se refiere a cómo la gente se comunica por medio de los movimientos del cuerpo, el paralenguaje los apuntes de presentación personal y el medio ambiente físico.<sup>1</sup>

## **1.2. ASERTIVIDAD**

Mucha gente piensa que la asertividad se refiere a acertar o tener la respuesta correcta. Probablemente el concepto de asertividad nos pudiera parecer excesivamente individualista, es decir, centrado en las necesidades de una persona y orientado a convertir a este ser humano en triunfador, productivo y egocéntrico. Incluso se puede pensar que su falta de interés en el bienestar del grupo lo podría hacer insensible a las necesidades de los demás.

El énfasis de la asertividad va a estar no solo en mejorar la posición personal, sino también en ser más considerado, más acorde y aplicado a las situaciones, valores y normas culturales de las personas y quizás también más realista. Se pretende así que la asertividad sea un camino hacia la capacidad de relacionarse con los demás de igual a igual, no estando ni por encima ni por debajo.<sup>7</sup>

El desarrollo histórico de la conducta asertiva se remonta a los escritos de Andrew Salter (1949) en su libro *Conditioned Reflex Therapy*, donde



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

describe las primeras formas de adiestramiento asertivo. Más tarde se señala a Wolpe (1958), como el responsable del desarrollo del concepto de asertividad que se utiliza con mayor frecuencia. A pesar de estos avances, no es hasta la década de los setenta que varios autores se interesan en el concepto de asertividad y en el entrenamiento asertivo, dando paso a su expansión y desarrollo. Durante esta época surgieron varios enfoques:

- El **enfoque humanista**, se centra en la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano.
- El **enfoque conductual**, que desde la perspectiva del aprendizaje de Bandura (1969) plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de los modelos significativos que los presentan.
- El **enfoque cognoscitivo**, representado por Lange y Jacobowski (1976), sostiene la incorporación de cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar y aceptar los derechos personales y los derechos de los demás; reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



Al analizar la palabra desde sus raíces etimológicas, vemos que aserción proviene del latín *assertio-tionis*, que es la acción y efecto de afirmar una cosa, es la proposición en la que se afirma o se da por cierta alguna cosa (Diccionario de la Lengua Española, 1956, Diccionario Enciclopédico Grijalbo, 1986).

Los estudios del tema desde su perspectiva psicológica, han definido la asertividad de diversas maneras:

A Wolpe (1969) se le conoce como el responsable del desarrollo del concepto de asertividad. El significado original que Wolpe le dio, fue el de “defensa de derechos”. Sin embargo, más tarde definió asertividad como “una expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, que excluye la respuesta de ansiedad”.<sup>7</sup>

Para Lazarus (1973) la asertividad es:

- La habilidad para decir “no”.
- La habilidad para pedir favores y hacer demandas.
- La habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos.
- La habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones.<sup>7</sup>

Colter y Guerra (1976) opinan que la asertividad involucra el conocimiento y expresión de los deseos, valores, necesidades,



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

expectativas y disgustos de un individuo. Como tal, no solo involucra estar en mejor contacto con uno mismo, si no también afecta el cómo se interactúa con las otras personas.

Alberti y Emmons (1978) menciona que la asertividad es la conducta que permite:

- Actuar de acuerdo con nuestros intereses.
- Defender nuestras opiniones sin sentirnos culpables.
- Expresar nuestros sentimientos con honestidad y con comodidad.
- Ejercer nuestros derechos individuales sin transgredir los de otros.

Aguilar Kubli (1987) señala que la asertividad significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias, o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y además tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria, hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario.<sup>7</sup>

Las personas en su constante interacción social se enfrentan a situaciones que de una u otra manera pueden representar un problema, el cual demanda una respuesta para solucionarlo de parte del individuo, pudiendo ser esta pasiva, agresiva o asertiva.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



En México existe una larga tradición que filósofos, poetas, escritores y psicoanalistas han tratado de explicar, los rasgos distintivos del carácter del mexicano y que pueden ayudarnos a entender el lugar de la asertividad en el contexto de nuestra socio-cultura.

Díaz Guerrero, considerado el padre de la etno-psicología mexicana, desde sus primeros estudios determinó que el desarrollo cognoscitivo y de la personalidad del mexicano resulta fundamentalmente de una dialéctica perenne entre el individuo biopsíquico y su ámbito sociocultural. De ahí que se haya sostenido que el aspecto más importante del contorno sociocultural son las premisas historio-socioculturales (PHSC), parte medular de este ecosistema cultural, las cuales son dimensiones culturales, actitudes supraindividuales que demandan comportamientos y maneras de confrontación que son específicos en todos los miembros de una cultura (Díaz Guerrero 1967).

En estas premisas, las tradiciones culturales, valores, creencias y acciones indican a los individuos cómo deben de comportarse en sus diferentes relaciones interpersonales. En suma, dos proporciones emergen para la descripción de la familia mexicana: el poder y supremacía del padre, y el amor y el sacrificio absoluto y necesario de la madre.<sup>7</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

A partir del impacto de las PHSC en el desarrollo de la personalidad, Díaz Guerrero (1994) ha planteado que existen 8 tipos de mexicanos y sus diferentes combinaciones. Sin embargo, son cuatro los tipos que predominan en México:

- ✓ Pasivo, obediente-afiliativo: es el más común en la población y está caracterizado por individuos afectuosos, dependientes, complacientes, controlados y con una alta necesidad de aceptación.
- ✓ Rebelde, activo-autoafirmativo: caracterizado por individuos autónomos, independientes, impulsivos, dominantes, inteligentes y rebeldes.
- ✓ Control interno activo: caracterizado por la combinación de atributos instrumentales y afectivos tales como capaz, afectuoso, racional, flexible y cuidadoso.
- ✓ Control externo pasivo: incluye individuos autoritarios, incontrolables, agresivos, impulsivos, pesimistas, corruptos y serviles (machismo).<sup>7</sup>

Según esta clasificación, en México existen cuatro tipos de respuesta ante diferentes situaciones. (Fig. 7)



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

Tipo de respuesta	Definición	Características	Consecuencias
<b>Pasividad y Autodenigración.</b>	Se define como la violación de nuestros propios derechos, anulando así la libre expresión de los sentimientos, pensamientos, creencias y al mismo tiempo permitiendo a los demás que los violen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad en rehusar una petición.</li> <li>- Dejan que otros abusen de ellos.</li> <li>- No expresan sus sentimientos y creencias.</li> <li>- Sienten miedo al hablar en público.</li> <li>- Se sienten víctimas.</li> <li>- Sufren desmotivación, apatía y depresión.</li> <li>- No se atreve a reclamar algo legítimo.</li> <li>- Padecen porque dan más de lo que reciben.</li> <li>- Hacen cosas que en realidad no desean hacer.</li> <li>- Tienen miedo durante el intercambio social.</li> <li>- No se atreven a dejar una relación interpersonal nociva.</li> <li>- Condicionan su autoestima personal a la aceptación de otros.</li> <li>- Dan más valor a las creencias y convicciones de otros que a las de sí mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frustración, insatisfacción y tensión.</li> <li>- Aislamiento, soledad.</li> <li>- incomprensión, menosprecio y rechazo.</li> <li>- deterioro de la autoestima, seguridad y autoconfianza.</li> </ul>
<b>Agresividad.</b>	Se define como la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesta, usualmente inapropiada y siempre violentando a los demás.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se Muestra rígido e inflexible.</li> <li>- Abusa de otros.</li> <li>- Es insensible a las necesidades de los demás.</li> <li>- Expresa sus sentimientos de manera hiriente.</li> <li>- Actúa a la defensiva.</li> <li>- Se enoja con facilidad.</li> <li>- Emite críticas constantes.</li> <li>- Siempre quiere tener la razón.</li> <li>- Necesita sentirse superior a los demás.</li> <li>- Necesita tener el control de los eventos.</li> <li>- no reconoce ni acepta sus errores.</li> <li>- Se siente constantemente amenazado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción y tensión.</li> <li>- Aislamiento y soledad.</li> <li>- Rechazo social.</li> <li>- violencia.</li> <li>- Culpabilidad.</li> <li>- Deterioro de la salud física.</li> </ul>
<b>Automodificación.</b>	Es aquel que muestra un particular respeto por los demás. A veces también una sutil forma de respeto por las capacidades de	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiene dificultad de rehusar una petición si con eso incomodan a otro.</li> <li>- Expresan sus sentimientos, opiniones y creencias apoyando los sentimientos, opiniones y creencias de los demás.</li> <li>- Experimentan sentimientos de culpa al expresar un deseo o incomodidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción.</li> <li>- Aceptación social.</li> <li>- Solidaridad, compañía, cooperación.</li> <li>- Relaciones interpersonales armoniosas.</li> </ul>



**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

	<p>los demás, una capacidad para aguantar desilusiones, de cargar responsabilidades, de manejar sus propios problemas. Su meta es hacer felices a otros y evitar conflictos a cualquier costo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se atreven a reclamar algo legítimo si piensan que dañan a los demás.</li> <li>- Evitan conflictos a toda costa en sus relaciones interpersonales.</li> <li>- Se abruma ante el exceso de demandas de los demás.</li> <li>- Pierden fácilmente la espontaneidad.</li> <li>- Dan demasiada importancia al qué dirán o a la aprobación de otros.</li> <li>- Hacen cosas que no desean hacer con tal de agradar a los demás.</li> <li>- Condiciona su autoestima personal a la aprobación de otros.</li> <li>- Dan más valor a las creencias de otros con tal de hacerlos sentir bien.</li> </ul>	
<p><b>Asertividad.</b></p>	<p>Se define como la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere, en forma honesta, directa y apropiada, respetando los derechos de la otra persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca la realización del propio potencial sin explotar a otros o inhibir su desarrollo.</li> <li>- Elige por propia voluntad.</li> <li>- Tiene y demuestra plena aceptación de sus errores, así como de sus aciertos.</li> <li>- Asume, emplea y fortalece sus recursos y potencialidades personales.</li> <li>- Posee una sensación de bienestar que abarca todos los ámbitos de su vida diaria.</li> <li>- Es ambicioso pero comprensivo.</li> <li>- Es autoafirmativo pero gentil y considerado.</li> <li>- Esta dispuesto a tomar el mando, pero también a cederlo conforme a los requerimientos de la situación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganar seguridad en uno mismo.</li> <li>- Respeto a si mismo.</li> <li>- Comunicación positiva con los demás.</li> <li>- Ser justo y motivante para con los demás.</li> <li>- Integrarse mejor al grupo.</li> <li>- Ayudar a los demás para que también se expresen adecuadamente.</li> <li>- Terminar con relaciones dañinas o promover su mejoría cuando sea posible.</li> </ul>

Fig.7. Respuestas de los mexicanos ante diferentes situaciones. <sup>7</sup>

La conducta asertiva permite a los individuos decir las cosas sin ofender, saber escuchar, decir lo que se quiere, decir si es justo, pedirlo con claridad, asumir riesgos, estar tranquilo y relajado, expresar



abiertamente, sentimientos, opiniones y necesidades, formular y recibir cumplidos y formular y recibir críticas justas, logrando con ellos una comunicación adecuada y positiva, mejorando sus relaciones interpersonales.<sup>7</sup>

### 1.2.1. Tipos de asertividad

Jakubowski y Lange (1978) señalan que existen cuatro tipos básicos de conducta asertiva: (Fig. 8)

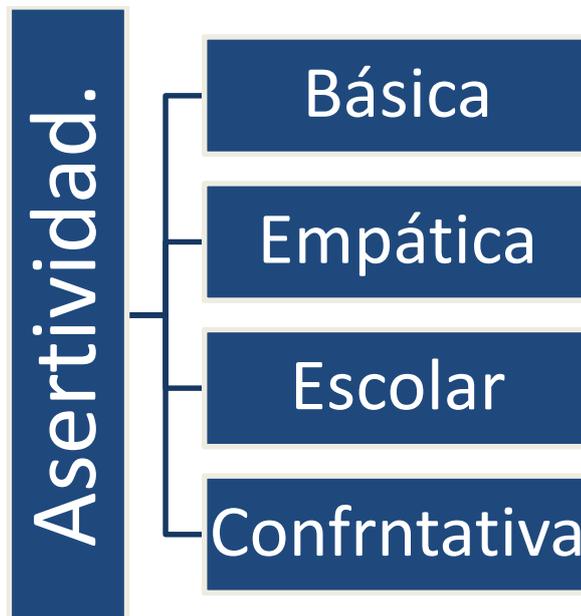


Fig. 8. Tipos de Asertividad.<sup>7</sup>

- **Asertividad básica:** se refiere a la simple expresión, de los derechos, las creencias, opiniones y los sentimientos personales.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

- **Asertividad empática:** se da cuando la situación requiere de más que una simple expresión de sentimientos o necesidades.
- **Asertividad escolar:** implica comenzar con un mínimo de imposición o petición en la respuesta asertiva y valorar el impacto de esta; se puede incrementar la intensidad y rigidez de la asertividad.
- **Asertividad confrontativa:** consiste en describir objetivamente la persona, lo que dijo y lo que hizo, para confrontarlo a los hechos.

### **1.2.2. La actitud asertiva**

Combina los dos factores siguientes: una actitud de escucha atenta (de la que se obtiene una apertura real a las conversaciones de los demás) y una franqueza suficiente como para no temer el hecho de dar a conocer tu opinión, tus sentimientos o tus reacciones. En la mayor parte de los casos es la actitud más satisfactoria, la que te permite entablar relaciones con cualquier tipo de interlocutor.<sup>8</sup>

Comprender los elementos y las características del proceso de comunicación y la asertividad será la pauta para conducir el comportamiento odontológico infantil, el cual se revisa en el capítulo siguiente.



Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología



## 2. COMPORTAMIENTO ODONTOLÓGICO INFANTIL

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño, en la consulta, debe comprenderse su conducta.

El conocimiento de las etapas del crecimiento general de los niños, ayudara a entenderlos, así como tener idea de que conductas se pueden esperar de ellos.<sup>9</sup> (Fig. 9)

Primera infancia: de 0 a 3 años de edad.  
El niño es capaz de oír, emitir sonidos, gritos y balbuceos, pidiendo atención, posee sensibilidad táctil, olfativa y gustativa. No distingue a la madre por si misma, teniendo sensaciones de abandono cuando esta alejado de ella. Durante la atención odontológica los comentarios deben ser breves y simples ya que su atención a esta edad es limitada. La expresión facial y el tono de voz son mas importantes que las palabras. Los procedimientos deben concluirse rápidamente.

Segunda infancia: de 3 años de edad a la preadolescencia.  
Es cuando las operaciones concretas dan poder a los niños de aprender rápidamente las principales materias escolares. Ocurre la formación de hábitos. El niño es egocéntrico y actúa por impulso. Se inicia el primer sistema de control interno (superego) que esta intimamente ligado al desarrollo de la conciencia. Durante la consulta necesita comprensión sin excesiva indulgencia.

Tercera infancia: entre 10 y 12 años de edad.  
Ocurre un importante desenvolvimiento del lado cognitivo, es cuando el niño aprende a utilizar el intelecto sobre la emoción. Representa el periodo de consolidación de la independencia. No se le debe de tratar de manera infantilizada y, si explicarle los procedimientos a realizarse, reforzando y dialogando sobre las conductas inadecuadas. En general cooperan bastante.

Adolescencia  
Aparece una gran búsqueda de la identidad , así como una necesidad de expresar la propia individualidad. Rechaza la autoridad de los padres. Presenta un temor especial a ser etiquetado diferente. Extrema el amor y el odio. No se puede predecir.

Fig. 9. Características generales de los niños en la diferentes edades.<sup>9-10</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

El proceso de dirigir a un niño en una cita odontológica, había sido denominado, por muchos años, como “manejo de la conducta”. En el 2003 la Academia American de Odontología Pediátrica (AAOP) auspicio un simposio nacional sobre el manejo de la conducta, el cual se enfocó en las técnicas clínicas, así como en el ambiente cambiante y las tendencias contemporáneas de las prácticas odontológicas pediátricas.

Después de esta conferencia la AAOP introdujo el término “orientación de la conducta” en sus directrices clínicas para enfatizar que los objetivos no son “lidiar con” la conducta de un niño, sino más bien reforzar comunicación y la colaboración con el niño y el padre para promover una actitud positiva y una buena salud oral.<sup>11</sup>

Tratar a un niño, por lo general, será en una relación entre el odontólogo, el paciente pediátrico, y los padres o tutores, esto es conocido como el triángulo pediátrico de tratamiento odontológico. (Fig. 10)

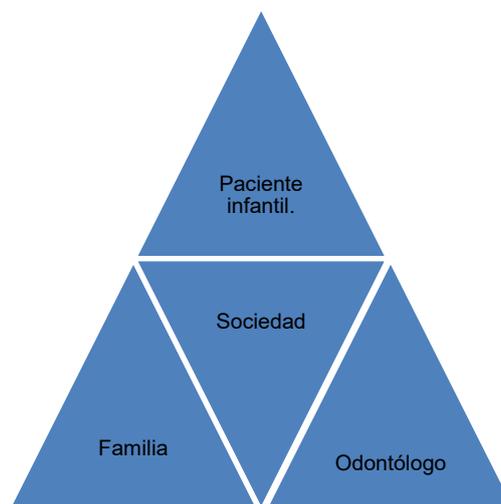


Fig. 10. Triángulo de tratamiento pediátrico que ilustra las relaciones básicas de la odontología pediátrica.<sup>11</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



## **2.1. Factores que influye en el comportamiento odontológico infantil**

Las respuestas de los niños al entorno odontológico son diversas y complejas. Los niños se presentan para tratamiento con diferencias en edad, madurez, temperamento, experiencia, antecedentes familiares, cultura y estado de salud oral. Klingberg y Broberg, en una revisión de la literatura de 1982 a 2006, informaron que los problemas de miedo/ansiedad dental y los de orientación de la conducta eran relativamente frecuentes en pacientes pediátricos odontológicos, cada una afecta a un 9% de los niños y adolescentes. Las niñas mostraron más ansiedad dental y más problemas de orientación de la conducta que los hombres. El miedo/ansiedad fue más relacionado a los rasgos temperamentales como la timidez, la inhibición, y la emocionalidad negativa, mientras que los problemas de conducta estaban relacionados con la actividad y la impulsividad.

### **2.1.1. Ansiedad de los padres.**

Con pocas excepciones, las investigaciones indican una correlación significativa entre la ansiedad materna y el comportamiento cooperativo de los niños en la primera visita al odontólogo. La elevada ansiedad por parte de los padres tiende a afectar negativamente el comportamiento de sus hijos. Aunque los datos científicos muestran que los niños pueden verse afectados por la ansiedad de sus madres, el efecto es mayor en los menores de 4 años.<sup>11</sup>

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



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

imitación. Los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas.

Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. El dentista nunca debe ser utilizado como una amenaza hacia el niño. Llevarlo al odontólogo jamás debe implicar castigo.<sup>9</sup>

En la consulta dental, los padres son un elemento primordial en el triángulo de la atención odontopediátrica, ya que la mayoría de los casos, el comportamiento de los niños será un reflejo de las actitudes de los padres hacia ellos. (Fig. 11)

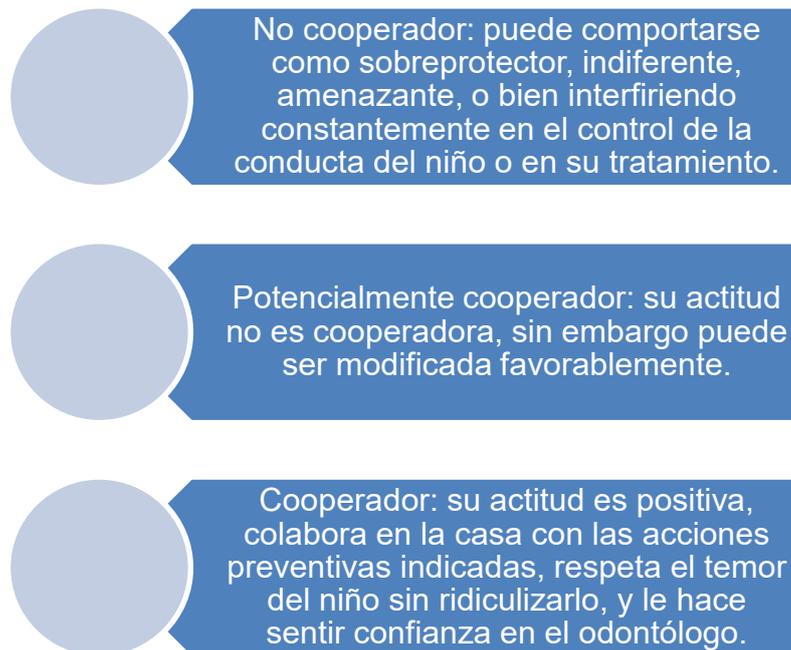


Fig. 11. Clasificación de los padres.<sup>12</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



### **2.1.2. Experiencias médicas.**

La importancia de las experiencias médicas, es una variable muy compleja, sin embargo, existe un acuerdo general en cuanto a que los niños que ven positivamente las experiencias medicas probablemente va a ser más cooperativos con el odontólogo. Es más importante la calidad emocional de las visitas anteriores, que el número de visitas.<sup>11</sup>

Para niños que han tenido experiencias dentales anteriores negativas, la manera en que se presenta la información sobre el tratamiento que van a recibir puede sensibilizarlos negativamente e incrementar la ansiedad.<sup>9</sup>

### **2.1.3. Conciencia del problema dental**

Algunos niños pueden acercarse a su odontólogo sabiendo que tienen un problema dental. El problema puede ser tan grande como un absceso dental crónico o tan simple como manchas extrínsecas de la dentición. Sin embargo, hay una tendencia hacia un comportamiento negativo en la primera visita odontológica cuando el niño cree que existe un problema dental. Su preocupación acerca de tener caries también puede llevar a citas perdidas.

## **2.2. Problemas generales del comportamiento de los niños.**

Los niños que tienen dificultad para enfocar la atención o para ajustar las actividades a su entorno general tienen grandes problemas para cumplir con las expectativas del comportamiento en el entorno odontológico.<sup>11</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

Cuando los niños son conducidos de forma asertiva durante la atención odontológica, se comportan de forma satisfactoria y favorable para la realización de los tratamientos. Sin embargo, algunas veces debido a innumerables factores, pueden presentar comportamientos y reacciones que necesitan de especial atención profesional.<sup>10</sup>

Algunos de estos factores son:

- Miedo: es un estado emocional ante el peligro. En odontología el miedo se puede clasificar en objetivo y subjetivo:
  - Miedo objetivo: proviene de la experiencia odontológica anterior desagradable y elaborada por el propio niño, asociada a la interferencia de ansiedad de la familia.
    - a) Miedo objetivo directo: cuando hubo una experiencia anterior dolorosa, desagradable o agotadora durante el tratamiento.
    - b) Miedo objetivo indirecto: cuando las experiencias negativas del niño ocurrieron en ambientes semejantes a los del consultorio, por ejemplo, médico o farmacia.
  - Miedo subjetivo: ocurre por informaciones dadas por adultos o niños mayores. Cuando los pacientes escuchan hablar o perciben, por expresiones faciales, que sus padres, parientes o amigos fueron sometidos a experiencias desagradables en consultorio odontológico o especialidades afines y pasan a fantasear sobre ellas.<sup>10</sup>
- Ansiedad: es un estado psíquico donde predominan sentimientos de carácter amenazador, desencadenados por



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

estímulos internos y/o externos, reales o imaginarios, que están en la inminencia de suceder. La ansiedad, a diferencia del miedo no tiene objeto definido, el individuo entregado a ella se encuentra, sin apelación, en estado de desamparo expresado por la pérdida de dirección, reacciones inadecuadas, sin “intencionalidad”. El único objeto es la propia amenaza.

Cuanto más asiduo el paciente se vuelve en relación a las consultas odontológicas, menor es su ansiedad, lo que refuerza la necesidad de iniciarlas lo más temprano posible, aumentando así la posibilidad de que haya experiencias de éxito disminuyendo la ansiedad.

- Agresividad: para lidiar con la agresividad infantil, es muy importante mantener autocontrol, no gritar, pero si hablar con firmeza, no usando violencia o agresividad para reprimir aquello que condenamos. Valen elogios, cariños, observando las debidas proporciones, firmeza y coherencia en su comportamiento y, cuando el niño se calme, explique los motivos por los que él se encuentra allí.
- Rabieta: la rabia es provocada por la frustración en la obtención de algo. No cediendo o mostrando que lo ama, estará ayudándolo a aprender a enfrentar y superar obstáculos.<sup>10</sup>

La rabia fue definida por Kjiner como una respuesta muscular donde hay excitación motora global. El niño llora, grita, se tira al suelo, rueda, se golpea con la cabeza, las manos, los pies, da puñetazos, puntapiés, insulta, muerde, golpea a los adultos, muchas veces llega a apnea y convulsión, si hubiera



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

predisposición. Una vez que empieza la crisis, se debe permitir que el niño llegue al fin, sin interferencia alguna. Se puede al final, acariciarlo o también darle un regalo, no por la crisis, sino como un sustituto a las cosas buenas que perdió, dar atención, valorarlo, asegurándole que es amado.

- Llanto: la función básica del llanto es obviamente señalar una necesidad. El llanto de rabia es más alto y más intenso. El llanto de dolor tiene un comienzo muy abrupto, a diferencia de los llantos mas básicos de hambre o sufrimiento, que muchas veces empiezan con lloriqueos y gemidos.<sup>10</sup>

### **2.3. Clasificación del comportamiento cooperativo de los niños.**

Se han desarrollado diversas clasificaciones acerca del comportamiento de los niños en el entorno odontológico.

La clasificación clínica de Wright coloca a los niños en tres categorías:

- a) Cooperativa
- b) Falta de capacidad cooperativa
- c) Potencialmente cooperativa

Durante la exploración en el examen dental del niño, se debe tener en cuenta el comportamiento cooperativo del paciente, puesto que este, es la clave para realizar el tratamiento. La mayoría de los niños atendidos en el consultorio odontológico cooperan. Los niños que cooperan están razonablemente relajados. Tiene aprehensión mínima. Pueden ser



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



entusiastas. Ellos pueden ser tratados con técnicas sencillas de orientación del comportamiento. Cuando sean establecidas las pautas del comportamiento, estas se deben llevar a cabo dentro del marco establecido.

En contraste está el niño que carece de capacidad de cooperación. En esta categoría se incluye a los niños de corta edad con los que no se puede establecer comunicación y de los cuales no se puede esperar comprensión. Debido a su edad carecen de habilidades de cooperación. Otro grupo de niños que carecen de capacidad cooperativa son aquellos con condiciones específicas debilitantes o de discapacidad. La severidad de las condiciones del niño impide la cooperación de manera habitual. A veces, para estos niños se utilizan las técnicas especiales de orientación de la conducta.

La literatura odontológica está llena de descripciones de pacientes potencialmente cooperativos. Además, se han dado clasificaciones específicas a las reacciones adversas, tales como sin control, desafiante, tenso-cooperativo, tímido y quejumbroso. Los odontólogos suelen utilizar estas clasificaciones porque transmiten, en tan pocas palabras, la esencia del problema clínico.

Otro sistema, que se ha utilizado en la investigación de la ciencia del comportamiento, se conoce como la escala de Valoración de Comportamiento de Frankl. La escala divide el comportamiento observado en cuatro categorías, que van desde absolutamente positivo hasta absolutamente negativo.<sup>11</sup> (Fig. 12 y 13)

- Clasificación 1. Definitivamente negativo. Rechazo del tratamiento, llanto energético, miedo, o cualquier otra prueba evidente de negativismo extremo.



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

- Clasificación 2. Renuncia a aceptar el tratamiento, falta de cooperación, alguna evidencia de actitud negativa, pero no pronunciada (huraña, retraída).
- Clasificación 3. Positivo. Aceptación del tratamiento, comportamiento cauteloso, a veces voluntad de consentir con el dentista, a veces con reserva, pero el paciente sigue las instrucciones del odontólogo de manera cooperativa.
- Clasificación 4. Definitivamente positivo. Buena relación con el odontólogo, interés en el procedimiento odontológico, con risa y disfrute.



Fig. 12. Niño cooperador.  
(Fuente propia)



Fig. 13. Niño no cooperador.  
(Fuente propia)



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



Fig. 14. Posición de un niño relajado en el sillón dental (fotografía: Mtra. Andrea Lara Pérez Soto)

Aunque el método de clasificación de Frankl ha sido una herramienta de investigación popular, también se presta para una forma abreviada que puede ser utilizada para registrar el comportamiento del niño en el consultorio odontológico.<sup>11</sup>

Basándose en la actividad verbal. La tensión muscular y la expresión ocular, Rud y Kisling (1973) crearon la siguiente escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental.<sup>9</sup>

- Grado 3. Aceptación positiva: voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en él, ojos brillantes, tranquilos o vivos y móviles. (Fig. 14)
- Grado 2. Aceptación indiferente: conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos e



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



indecisos, falta de atención. La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental continúa siendo relajada.

- Grado 1. Aceptación con desgana: falta de conversación, de respuesta (quizás una vaga protesta) y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental, en cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.
- Grado 0. No aceptación: Protestas verbales o físicas, manifiestas o llanto.

Este tipo de observaciones ayudan al odontólogo a valorar a cada paciente. Además, si se registran en sucesivas visitas, reflejan también la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.<sup>9</sup>

El entender el comportamiento odontológico infantil y saber detectar el estado de ánimo, personalidad y temperamento del paciente odontopediátrico, es la base para que el equipo de trabajo (odontólogo, asistentes, recepcionista) planee estrategias para la atención durante la consulta.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

### **3. Estrategias del equipo de trabajo.**

Un objetivo primordial durante los procedimientos odontológicos es guiar paso a paso a los niños para que desarrollen una actitud positiva hacia la consulta dental.

Debido a que las técnicas de orientación de la conducta se utilizan a diario y de forma natural para muchas personas, su importancia a veces se pasa por alto o se da por sentada.



Fig. 15. Equipo de trabajo (Fuente propia).



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



### **3.1. Fundamentos de la orientación de la conducta**

La orientación de la conducta involucra al total del equipo de salud oral.

Con los años, se han considerado diferentes aspectos con referencia a la orientación de la conducta, encontrando significados distintos para cada persona que ha investigado sobre este tema. En 1895, McElroy escribió: “si bien la operatoria dental puede ser perfecta, la visita es un fracaso si el niño sale llorando”.<sup>11</sup>

Esta fue la primera mención en la literatura odontológica de medir el éxito o el fracaso de la cita de un niño por algo fuera de la competencia técnica. La Odontología pediátrica ha progresado desde entonces y la siguiente es una definición:

La orientación de la conducta es el medio por el cual el equipo de salud oral con eficacia y eficiencia realiza el tratamiento para un niño y, al mismo tiempo, inculca una actitud odontológica positiva. (Fig. 15)

Los siguientes son los fundamentos del centro de orientación de la conducta, de la actitud y la integridad de todo el equipo odontológico:

- Enfoque positivo
- Actitud del equipo de trabajo
- Organización
- Sensibilidad
- Tolerancia
- Flexibilidad



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



### **3.1.1. Enfoque positivo**

Hay un acuerdo general en que la actitud o las expectativas del odontólogo pueden afectar el resultado de una cita odontológica. El niño va a responder con el tipo de comportamiento que se espera. En esencia, el niño cumple la profecía del odontólogo. Así, las declaraciones positivas aumentan las posibilidades de esto con los niños. Para obtener éxito con los niños, es importante anticipar el éxito.

### **3.1.2. Actitud del equipo de trabajo**

Los factores de personalidad como la calidez y el interés pueden ser transmitidos sin decir una palabra y son fundamentales al tratar niños. Una sonrisa agradable le dice a un niño que le importa a un adulto. Los niños responden mejor a una actitud natural y agradable.

A los niños se les puede hacer sentir cómodos en el consultorio dental, cuando se les trata con familiaridad, para ello se requiere poner atención a la información recabada en la historia clínica, por ejemplo, el uso del nombre con el que prefiere que se le llame o su apodo; otro aspecto importante a considerar es anotar en el expediente clínico, su escolaridad, los logros académicos, las actividades extracurriculares, sus gustos y aficiones, puesto que ello permitirá al equipo de trabajo entablar temas de su interés y conocimiento, lo que contribuye a establecer una relación asertiva con el paciente.<sup>11</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



### **3.1.3. Organización**

Los planes en el consultorio odontológico tienen muchas dimensiones, comenzando, por ejemplo, con la zona de recepción. Esto se refiere a ¿Quién recibe el paciente? ¿El odontólogo, el asistente, el higienista o la recepcionista? Si el niño crea un disturbio en la zona de recepción ¿Quién abordará el problema?

Cada consultorio odontológico debe elaborar sus propios planes de contingencia, y todo el personal debe saber de antemano lo que se espera de ellos y lo que se va a hacer. Estos planes son características clave de muchos consultorios de odontopediatría, puesto que aumentan la eficiencia y contribuyen al éxito de las relaciones pacientes pediátricos-personal odontológico.

### **3.1.4. Sinceridad**

La sinceridad es extremadamente importante en la construcción de la confianza, esta, es un principio fundamental en el cuidado de los niños.<sup>9</sup>

### **3.1.5. Tolerancia**

Este se refiere a la habilidad del odontólogo, para hacer frente de manera racional a la mala conducta del paciente infantil, manteniendo la compostura, es decir, actuando siempre de manera asertiva.<sup>11</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



### **3.1.6. Flexibilidad**

Dado que los niños son niños, que carecen de madurez, el equipo de trabajo debe estar preparado, a veces para cambiar sus planes. El tratamiento de los niños pequeños puede exigir un cambio en la posición operativa. Así, el equipo de trabajo debe ser flexible en la medida en que la situación lo exija.

## **3.2. Comunicación con el niño**

Como se ha mencionado, la comunicación con el paciente infantil debe establecerse, desde el inicio; se hará de manera oral al establecer una conversación agradable, como ya hemos mencionado cuando se muestra interés por el gusto y las actividades que le gustan al niño, etc. También cuando se establece un contacto visual, se le sonrío, se le saluda de mano o se le ofrece la mano para caminar o cuando nos colocamos en el mismo nivel para comunicarnos, se establece de manera no verbal. Las técnicas comunicativas en Odontopediatría tienen diferentes características, se emplean de acuerdo a las características de cada caso, tomando en cuenta aspectos tales como la edad del niño, el sexo, las experiencias previas, la escolaridad, etc.<sup>11</sup>

### **3.2.1. Establecimiento de la comunicación**

La participación de un niño en una conversación no solo permite al odontólogo aprender sobre el paciente, sino también puede relajar al niño.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

La comunicación verbal con los niños más pequeños es mejor iniciarla con comentarios elogiosos, seguido de preguntas que impliquen una respuesta diferente de “sí” o “no”.<sup>11</sup>

La comunicación no verbal refuerza y guía el comportamiento por medio del contacto, de la postura y de la expresión facial.<sup>10</sup>

### **3.2.2. Establecimiento del comunicador**

Los miembros del equipo de trabajo deben estar conscientes de su papel en la comunicación con el paciente. El asistente odontológico habla con el niño durante el trazado desde el salón de recepción al de operatoria y durante la preparación del niño en la silla odontológica. Cuando el odontólogo llega, el asistente toma un papel más pasivo, porque el niño puede escuchar a una sola persona a la vez. Es importante que la comunicación ocurra de una sola fuente.

### **3.2.3. Claridad del mensaje**

Los odontólogos utilizan eufemismos para mejorar la claridad de los mensajes a los pacientes jóvenes, con el fin de explicar los procedimientos.<sup>11</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

Es importante ser cuidados en la selección de las palabras y las frases que se utilizan para adoctrinar al nuevo paciente, puesto que, para los niños pequeños, las etiquetas lingüísticas son la base para muchas generalizaciones, también se debe considerar que la claridad de dicho lenguaje será variable de acuerdo a la escolaridad y el bagaje cultural del niño.

#### **3.2.4. Control de voz**

Los comandos repentinos y firmes se utilizan para llamar la atención del niño, también son útiles para detener la actividad que esté haciendo. Otra forma del control mediante la voz es, una cadencia lenta y deliberada que puede funcionar como música establecida para un estado de ánimo determinado. La teoría de Chambres es que el control de voz es más eficaz cuando se utiliza junto con otras comunicaciones.

#### **3.2.5. Comunicación multisensorial**

El contacto corporal puede ser una forma de comunicación no verbal. El simple acto de que el odontólogo coloque una mano sobre el hombro de un niño sentado en un sillón, transmite una sensación de calidez y amistad. El contacto visual también es importante. El sentarse y hablar a nivel de los ojos permite comunicaciones más amigables y menos autoritarias. (Fig. 16)



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



Fig. 16. Comunicación multisensorial. (Fuente propia).

### **3.2.6. Problema de la propiedad**

A veces los odontólogos se olvidan de que están orientando la conducta de los niños. Comienzan durante él envío de mensajes tales como “usted”. Por ejemplo, “usted debe quedarse quieto” que son mensajes negativos y solo socavan la relación entre el paciente y el odontopediatra.

Una alternativa es enviar mensajes “yo”, estos mensajes establecen el enfoque del problema, tales como: “yo no puedo arreglar los dientes si no abre la boca”. Esta es una de las técnicas descritas por Wepman y Sonneberg y es especialmente adecuada para aumentar el flujo de información entre el odontólogo y el paciente pediátrico.



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

### **3.2.7. Escucha activa**

Escuchar es importante en el tratamiento de niños. La escucha activa es el seguro para estimular la clase de comunicación genuina descrita por Wepman y Sonnenberg. El paciente es estimulado a expresar sus sentimientos, y el odontólogo hace lo mismo, expresando cada uno sus necesidades e intereses para acordar, como es necesario, en los procesos de comunicación.

### **3.2.8. Respuestas adecuadas**

Otro principio de la comunicación con los niños es que la “respuesta debe ser ajustada a la situación”. La adecuación de la respuesta depende principalmente del grado y de la naturaleza de la relación con el niño, la edad de este, y de la evaluación de la motivación del comportamiento mismo.<sup>11</sup>

En el siguiente capítulo se habla sobre una de las formas más usadas para la orientación de la conducta infantil: El uso de la sugestión.



---

---

Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología



## 4. ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO. USO DE LA SUGESTIÓN

El manejo de la conducta de los pacientes en la clínica de Odontopediatría, es un tema muy importante a considerar para realizar un buen tratamiento. Existe una técnica que es usada de manera intuitiva por los odontopediatras como lo es la sugestión.

La **sugestión** es un proceso por el cual una persona acepta una idea, impulso o creencia sin necesariamente tener razón lógica para hacerlo. Se trata simplemente de la presentación de una idea que, en este caso, se ofrece al niño con tal énfasis que cuando se lo comunican lo acepta con convicción. Es una manifestación parcial del estado hipnótico.

La sugestión no necesita ser verbal y puede ocurrir en varios niveles sensoriales. La sugestión se da a través de la palabra, pero a menudo la comunicación no verbal ejerce una influencia más intensa.

### 4.1. Uso de la sugestión en la consulta dental.

La sugestión comienza antes de la cita, con la información proporcionada a los padres del niño, dándoles instrucciones sobre cómo informarle al paciente acerca de su visita a la consulta dental, ofreciendo sugerencias acerca del uso de expresiones positivas antes de la visita. Esto ayuda a que el niño entienda mejor el tratamiento y a darle ánimo, deberán expresarse siempre en un tono muy agradable.<sup>13</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

Además, es importante informar a los padres sobre la importancia de permanecer en la sala de espera de tal manera que cuando los pacientes y los padres acudan a la consulta, ellos hayan sido preparados en cuanto a lo que se puede esperar del doctor y su personal.

En la primera visita al dentista se debe saludar al niño cordialmente y no mostrar ninguna vacilación hacia él. Dar explicaciones a detalle, usando un lenguaje simple de los equipos e instrumentos que usamos y que están a la vista, ayudara a ganar la confianza del niño.

Todos los comentarios están dirigidos a hacer que el niño se sienta aceptado e importante y mostrarle que los temores son infundados.

Los resultados de todas estas sugerencias harán que el niño llegue a aceptar el tratamiento dental con confianza (Fig. 17). También ayudará un pequeño regalo al final de la cita. Los factores del respeto por el dentista y de la comprensión de los deseos del niño son importantes para una buena respuesta a la sugestión.<sup>13</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



Fig. 17. Aceptación del tratamiento dental con confianza por parte del niño.  
(Fotografía: Mtra. Andrea Lara Pérez Soto)

#### **4.2. Uso de la sugestión en niños.**

La sugestión puede ser usada con todos los niños. Para que se lleve a cabo hay que tener en cuenta lo siguiente:

- El odontólogo debe estar convencido de que la sugestión se puede hacer, luego se le presenta la idea al niño, en la cual el doctor le transmite la creencia de que, simplemente frotando sus encías con los dedos, será capaz de hacer que las encías y los dientes estén entumecidos.
- Se procede a hacer un masaje en el área involucrada con el dedo índice por vestibular, lingual, etc., mientras que, continuamente frotando con el dedo, se le sugiere al niño que de pronto sentirá que el área se está empezando a adormecer.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

El grado de éxito de la sugestión dependerá por supuesto de la relación entre el operador y el niño.

La sugestión puede guiar el pensamiento, las acciones o creencias a través de la palabra y a menudo de manera no verbal. Cuando el pensamiento del paciente está ocupado por el ejercicio de la inducción y la disociación, los pacientes son más susceptibles a la sugestión ya que son menos propensos a desarrollar pensamientos contrarios.

#### **4.3. Estilos de sugestión.**

La sugestión puede ser realizada en los pacientes en diferentes formas, y estas en su mayoría pueden dividirse en dos principales categorías de comunicación hipnótica:

- Las sugestiones directas: consisten en hacer afirmaciones a los pacientes para informarles lo que se quiere que ellos hagan. Si el clínico elige un enfoque directo puede ofrecer algunas de las siguientes sugestiones: cierra los y abre la boca; por favor cierra los ojos; deja que tus ojos se cierren.

Las sugestiones que son directas y no impliquen la reorientación de la atención, son más propensas a ser rechazadas.

- Las sugestiones indirectas: son cualquier forma de comunicación que requiera una respuesta del paciente sin tener que pedírsela directamente. Estas sugestiones pueden adoptar formas diferentes como contar historias, analogías, chistes, juegos de palabras. Ejemplo: un buen paciente empieza cerrando los ojos.<sup>13</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



La sugestión también se puede realizar de manera permisiva y autoritaria:

- El estilo autoritario es dominante y es el clínico quien literalmente ordena al paciente que responda de una determinada manera.
- El estilo permisivo se caracteriza por el énfasis que se pone en permitir al paciente ser consciente de las posibilidades que tiene de dar respuestas significativas, en vez de exigir dichas respuestas.

La diferencia ente el estilo autoritario y permisivo es que, el autoritario no permite respuestas alternativas mientras que el permisivo si lo hace.

Además del estilo para ofrecer sugerencias, el clínico tiene que elegir también una estructura particular para la sugestión:

- **Sugestiones positivas:** son palabras o acciones que inspiran confianza o sentimientos de confianza en el dentista para calmar ansiedades y temores al paciente.
- **Sugestiones negativas:** se usan de forma habilidosa, utilizan una especie de enfoque de “psicología inversa”. Con ellas se puede obtener una respuesta sugiriendo a la persona que no responda de la forma deseada. Cuando se usan deliberadamente y con cierta habilidad las sugerencias negativas pueden ser muy útiles.
- **Sugestiones de contenido:** contiene detalles muy específicos que describen sentimientos, recuerdos, pensamientos o fantasías que experimenta el paciente mientras esta hipnotizado.



---

---

Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología



#### 4.4. Técnicas de sugestión

- ✓ **Confusión sensorial.** Es una técnica de sugestión en la cual el paciente es alentado a interpretar algo desagradable, así como algo confortable y placentero.
- ✓ La **terapia de sugestión.** Es un método informal de hipnosis en donde al niño se le motiva a fantasear.
- ✓ **Sugestión imaginaria.** Consiste en pedirle al niño que escoja una imagen placentera y que la visualicen.

#### 4.5. Comunicación sugestiva.

Acompañar y conducir al paciente

- **Pacing** (acompañar) significa mostrar al paciente que comprendemos sus reacciones.
- **Leading** (conducción). Lo primero que debemos hacer es ganar la confianza del paciente (rapport), por lo tanto acompañar al paciente de forma solidaria mediante un lenguaje corporal, verbal y espiritual. Si hemos conseguido la confianza del paciente mediante el pacing, y hemos conseguido una actitud positiva, estará en condiciones de dejarse conducir, es decir, aceptar la inducción de sugestiones.<sup>13</sup>



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



## **5. CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIONES ASERTIVAS EN LA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA.**

La comunicación es una habilidad. El profesional del cuidado dental debe reaccionar instantáneamente y semiconscientemente a los aspectos más destacados de las relaciones interpersonales y decir las cosas correctas de la manera correcta. Las dos partes de esta habilidad son la identificación de señales y responder, dos de ellos, corresponden a las dos partes de la comunicación: escuchar y hablar.<sup>14</sup>

Ser asertivo es algo más que transmitir seguridad al paciente: implica entre otras cosas saber manejar la incertidumbre, generar confianza, y responder sin pasividad o agresividad y sin manipular. La asertividad significa expresar sus derechos o hacer su trabajo sin insistir en que usted consiga su propio beneficio mediante la manipulación de los demás. Decirle a un compañero o un desconocido que su hábito de fumar le molesta o recordar a los empleados de la necesidad de ser puntuales son ejemplos de la comunicación asertiva.<sup>14-15</sup>

Distintos elementos tanto del contenido verbal como del no verbal del mensaje, tiene un papel muy importante a la hora de mostrarse asertivo con los pacientes.

Identificar las conductas no asertivas en el trabajo diario, es el primer paso para poder aprender a ser más asertivos en las consultas.

El asertividad puede definirse como una conducta o comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona expresa de manera consciente, congruente, clara directa y equilibrada sus sentimientos,



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**



pensamientos, creencias, opiniones, y convicciones y defiende sus derechos sin agredir ni someterse a la voluntad de otras personas.

El término “asertividad” es más amplio que “seguridad”. La asertividad está ligada a la seguridad en uno mismo como profesional: lo adecuado es obtener conocimientos para ejercer dignamente nuestro trabajo diario, pero además se trata de reflexionar sobre nuestro “estilo” y sobre si nuestros pacientes perciben nuestra competencia profesional. No es más asertivo quienes saben, sino quien maneja mejor la incertidumbre, quien sabe generar confianza, quien dice la palabra adecuada o realiza determinado acto que le hace pensar al paciente “estoy en buenas manos, el profesional sabe lo que hace, y además procura lo mejor para mí”.

El primer paso para cambiar una conducta es reconocer que elementos necesitamos cambiar. Puede suceder que seamos capaces de hablar asertivamente, pero que nuestro lenguaje no verbal no sea asertivo y, por tanto, contradiga la comunicación verbal.<sup>14</sup>

### **5.1. Estilo comunicacional asertivo**

- Características verbales:

- ✓ Sinceridad y claridad
- ✓ Frases breves, centradas en el asunto y usando el “yo”
- ✓ Frases de cooperación
- ✓ Frases empáticas que muestran interés
- ✓ Distinción entre hechos y opiniones
- ✓ Sugerencias sin “deberías” o “tendrías que”



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**



- ✓ Críticas constructivas sin culpabilizar
- ✓ Búsqueda de la opinión del otro
- ✓ Disposición para explorar las soluciones del otro
  
- Lenguaje no verbal:
  - ✓ Tono de voz cordial y firme
  - ✓ Habla fluida y segura; ritmo uniforme y estable
  - ✓ Actitud de escucha receptiva
  - ✓ Utilización adecuada de las pausas y los silencios, sin dar idea de duda o vacilación
  - ✓ Contacto visual directo, mirada franca a los ojos
  - ✓ Postura abierta, cómoda, relajada, movimientos de manos cómodos y acogedores
  - ✓ Mandíbula relajada
  - ✓ Calma ante situaciones inesperadas
  
- Estilo de pensamiento (creencias)
  - ✓ “no le permitiré que me avasalle ni le atacare sin saber quién es”
  - ✓ “soy honesto y me comporto como tal”
  - ✓ “puedo expresar tanto sentimientos positivos como negativos”
  - ✓ “puedo discrepar abiertamente”
  - ✓ “puedo defenderme sin agredir”
  - ✓ “puedo pedir aclaraciones”
  - ✓ “sé decir no”
  - ✓ “Sé aceptar errores propios y ajenos”



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

- Emociones/sentimientos Consecuencias
  - ✓ Sensación de control emocional
  - ✓ Respeto por uno mismo y por los demás
  - ✓ Satisfacción en las relaciones: es más fácil obtener lo que se quiere, se evita el resentimiento y al no sentir necesidad de auto protegerse resulta más sencillo ver, escuchar y amar a los demás.
  - ✓ Confianza en uno mismo, buena autoestima.<sup>14</sup>

La construcción de relaciones asertivas en la clínica de odontopediatría se debe llevar a cabo desde el primer contacto con el paciente, para de esta manera orientar su conducta hacia una consulta de confianza y un tratamiento exitoso.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

## **CONCLUSIONES**

La relación entre niño-odontopediatra se empieza a construir desde el momento en que se agenda la cita, ya sea por teléfono o personalmente.

La comunicación y el ser asertivo son una habilidad mediante la cual, el odontopediatra sabe identificar de manera instantánea la actitud, emociones y temperamento del paciente en cuanto llega a su consulta dental, y así mismo responder inmediatamente diciendo y actuando de forma asertiva para dar confianza y orientar la conducta del niño.

Una de las técnicas más utilizadas para la orientación de la conducta del paciente pediátrico es la sugestión, sin embargo, para que se lleve a cabo de manera efectiva es necesario haber construido una relación asertiva entre niño-odontopediatra y todo el equipo de trabajo desde la primera consulta.

Tanto el lenguaje verbal como el no verbal son elementales a la hora de ser asertivo durante la consulta dental.

La conducta asertiva se da en el momento en que el odontopediatra alinea emoción, cuerpo y lenguaje para atender en su consulta dental, es decir, el ser congruente con sus palabras y sus acciones.



**Universidad nacional Autónoma de México  
Facultad de Odontología**

**REFERENCIAS**

1. Verdenber Kathleen S., Verdenber Rudolph, Sellnow Deanna D.; ¡Comunicate!; 14° ed.; México D.F. Cengage Learning, 2015. Pp. 6-98.
2. Monografias.com. La comunicación. (hallado en: <http://www.monografias.com/trabajos/lacomunica/lacomunica.shtml#ixzz4LSkYqjlr>) Accesado el 07 de Octubre de 2016.
3. Preparatoria.web. Boque I. Proceso de comunicación. (hallado en: <http://files.preparatoria.webnode.mx/200000011-c3c6cc5b95/Proceso.png>) Accesado el 10 de Octubre de 2016.
4. Cca.com. Proceso de comunicación. (hallado en: [http://www.cca.org.mx/lideres/cursos/redaccion/comunicacion/contenido\\_tiposcom.htm](http://www.cca.org.mx/lideres/cursos/redaccion/comunicacion/contenido_tiposcom.htm)) Accesado el 10 de Octubre de 2016.
5. Pérez J. Esther. Manejo Odontológico del paciente Autista. REDOE. (hallado en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=207> ) publicado el 7 de julio de 2015. Accesado el 17 de Octubre de 2016.
6. UNAM. FO. División de estudios de Posgrado. (hallado en <http://www.odonto.unam.mx/admin.php?IDPagina=Especialidad%20Odontopediatr%EDa&idm=591> ) Accesado el 17 de Octubre de 2016.
7. Flores G. Mirta; Díaz L. Rolando. Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Año 2002. Porrua. Mexico: Universidad Autónoma de Yucatán.
8. Schuler Erik. Asertividad. 2° ed. Móstoles: Gaia 2002.
9. Barbería L. Elena; Boj Q. Juan R.; Catalá P. Montserrat; )García B. Carlos; Mendoza m. Asunción. Odontopediatría. 2| ed. Ed. Masson 2001 Barcelona, España.
10. Guedes P. Antonio C.; Bönecker Marcelo; Martins D. Celia R.; Fundamentos de Odontología. Odontopediatría. 1° ed. Ed. Santos Editora 2011 Sao paulo, Brasil.



---

---

**Universidad nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Odontología**

11. Jeffrey a. Dean, Avery D, Mcdonald Ralph. Odontologia para el niño y el adolescente. Ed. Amolca 9° ed. 2014 New York USA.
12. Universidad Nacional Autónoma de Mexico; Facultad de Odontologia; departamento de odontopediatría. Guía para la elaboración de la Historia Clínica de Odontopediatría. Agosto de 2007.
13. Artículo de revisión. Uso de la sugestión en el manejo de la conducta del niño en odontología pediátrica. Odontol. Pediatr. Vol. 14 no. 2 Julio – Diciembre 2015. Pp. 129-137
14. Chambers D, Abrams R. Dental communication. Sonoma, California: Ohana Group; 1992.
15. Rodriguez S. Jose., Álvarez Fernando, Gimeno V. Estrella. Lo esencial en la asertividad. FMC. 2016.