



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

***NIVEL DE DOMINIO DE LAS TÉCNICAS
CONDUCTUALES EN ODONTOPEDIATRÍA: APORTACIÓN DE UNA
GUÍA BÁSICA.***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

HERNÁNDEZ CEJUDO MOISÉS URIEL

RUIZ CHÁVEZ ARELI YOJANET

DIRECTOR DE TESIS:

C.D. ESP: ÁNGEL ESCUDERO CASTRO

ASESOR:

MTRO: RIGOBERTO FERNÁNDEZ LIMA

CIUDAD DE MÉXICO, 2019





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.

Dedicatorias Areli

A mi madre Irene Chávez Cortés, por su apoyo incondicionalmente en esta etapa de formación profesional brindándome su cariño y comprensión en los momentos más difíciles.

Dedico de manera especial a mi hermana mayor Lic. Esther Ruiz Chávez de la cual aprendí aciertos y momentos difíciles y quien también es un pilar muy importante en mi formación profesional; la cual sentó las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes son infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

Para Andrés Montero por todo su apoyo durante esta etapa de mi formación académica, respaldándome para cumplir uno de mis mayores sueños.

Como ejemplo de superación y perseverancia a mi querida hermana Itzel Ruiz Chávez.

A Marco Pérez quien me brindó su apoyo y me motivo para culminar este proceso.

Cabe mencionar a mi mejor amigo Moisés Hernández con quien siempre cuento en los momentos difíciles y en este proceso en el que se cumple una meta más.

También dedicada a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

Gracias.

Dedicatorias Moisés

A mis padres Moisés Hernández Hernández y Lourdes Cejudo Solís porque gracias a su amor, guía y apoyo incondicional he logrado concluir mi carrera universitaria, que constituye el legado más grande que me pueden dar y por enseñarme a nunca rendirme y cumplir mis metas por lo cual les estaré eternamente agradecido.

A mi familia muchas gracias por todo cariño y alentarme a concluir mi carrera profesional, que, aunque no nos veamos tan seguido por la distancia siempre los llevo en la mente y han sido una parte fundamental en mi formación académica.

A mis amigos quienes me brindan su ayuda y apoyo incondicional, ya que a lo largo de mi vida y mi carrera profesional han estado en todos los momentos de mi vida compartiendo su tiempo y amistad conmigo sin esperar algo a cambio.

Especialmente a Areli Ruiz con quien he compartido grandes momentos y que en conjunto con esfuerzo y dedicación hemos concluido esta meta en nuestra vida.

A todas aquellas personas que hicieron posible la elaboración de este trabajo

Gracias

Agradecimientos

A nuestro director y asesor:

C.D Esp. Ángel Escudero Castro y Mtro. Rigoberto Fernández Lima por su tiempo, conocimientos, enseñanzas y apoyo para la elaboración del presente trabajo.

A los profesores del módulo Clínica Estomatológica Integral I:

Por las facilidades otorgadas para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en sus respectivos grupos, así como a los profesores que fungieron como Interjueces en la evaluación y perfeccionamiento de dicho instrumento.

A Víctor Ismael Hernández Vázquez:

Por su valiosa aportación en la realización de los dibujos para la ilustración de nuestra guía.

ÍNDICE

Contenido	Página
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1. La atención odontológica y principales afecciones bucales	3
• 1.1 La consulta odontológica	3
• 1.2 Comportamiento del niño en la consulta odontológica	5
• 1.3 Relación odontólogo-paciente	5
• 1.4 Principales enfermedades bucodentales	6
➤ 1.4.1 Caries dental	7
➤ 1.4.2 Patologías pulpares	8
➤ 1.4.3 Hábitos bucales parafuncionales y anomalías dentomaxilares...	9
➤ 1.4.4 Traumatismos dentoalveolares.....	11
CAPÍTULO 2. Crecimiento y desarrollo craneofacial	14
• 2.1 Desarrollo de la región de la cabeza y cuello	14
➤ 2.1.1 Derivados de las bolsas faríngeas	16
➤ 2.1.2 Derivados de los arcos faríngeos (hendiduras) y membranas.....	17
➤ 2.1.3 Desarrollo de la cara	17
➤ 2.1.4 Desarrollo del paladar	18
➤ 2.1.5 Desarrollo de la lengua	18
• 2.2 Desarrollo del cráneo	19
➤ 2.2.1 Morfología cráneo facial del neonato	20
➤ 2.2.2 Tipos de crecimiento posnatal	20
➤ 2.2.3 Crecimiento de la base craneana	21
➤ 2.2.4 Crecimiento de la bóveda craneal	21
➤ 2.2.5 Crecimiento del macizo facial	22
CAPÍTULO 3. Desarrollo psicológico del niño	24
• 3.1 Concepto de desarrollo	24
• 3.2 Concepto de infancia	24
• 3.3 Principales teorías del desarrollo psicológico	27
➤ 3.3.1 Desarrollo cognitivo (Piaget)	28
➤ 3.3.2 Desarrollo psicosexual (Freud)	30
➤ 3.3.3 Desarrollo psicosocial (Erick Erickson)	33
➤ 3.3.4 Influencia del contexto sociocultural (Vygotsky)	35
➤ 3.3.5 Teoría cognoscitiva de Margaret Mahler	37
• 3.4 Clasificación del paciente según su conducta	38
➤ 3.4.1 Wrigth (1975)	38
➤ 3.4.2 Lamsphire	38
➤ 3.4.3 Frankl	39
CAPÍTULO 4. Factores que influyen en el comportamiento del niño durante la atención dental	40

Contenido	Página
• 4.1 Ansiedad.....	40
• 4.2 Miedo.....	42
• 4.3 Rabieta.....	44
• 4.4 Fobia.....	44
• 4.5 El Llanto.....	45
• 4.6 Actitud del odontólogo y su asistente.....	46
• 4.7 Ambiente físico y atmosfera.....	47
• 4.8 Duración y hora de la cita.....	47
• 4.9 Experiencias traumáticas.....	48
• 4.10 La influencia de los padres.....	48
• 4.11 Tipos de padres.....	48
• 4.12 Presencia o ausencia de los padres o acompañantes en la consulta dental.....	51
• 4.12 Influencia de la escuela.....	52
Capítulo 5. Técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas.....	53
5.1 Técnicas de comunicación.....	53
➤ 5.1.1 Lenguaje pediátrico.....	53
➤ 5.1.2 Decir-Mostrar-Hacer.....	55
➤ 5.1.3 Distracción.....	55
➤ 5.1.4 Ludoterapia.....	56
➤ 5.1.5 Control de voz (Modulación).....	57
➤ 5.1.6 Técnicas no verbales.....	58
➤ 5.2 Técnicas de modificación de la conducta.....	58
➤ 5.2.1 Imitación-Modelamiento.....	58
➤ 5.2.2 Desensibilización.....	59
➤ 5.2.3 Refuerzo positivo.....	60
➤ 5.2.4 Refuerzo negativo.....	60
➤ 5.3 Técnicas de limitación (enfoque físico).....	61
➤ 5.3.1 Bloque de mordida- Abrebocas.....	62
➤ 5.3.2 Estabilización protectora (restricción física).....	62
➤ 5.3.3 Mano sobre boca.....	64
Planteamiento del problema.....	66
Objetivos.....	66
Diseño Metodológico.....	66
Método y técnica.....	69
Diseño estadístico.....	70
Resultados.....	70
Discusión.....	82
Análisis de resultados.....	82
Conclusiones.....	83
Referencias bibliográficas.....	85

Contenido	Página
Anexos	93
➤ Anexo 1. Cuestionario Inicial (sometido a validación).....	94
➤ Anexo 2. Validación Interjueces.....	97
➤ Anexo 3. Instrumento final (cuestionario validado).....	100
➤ Anexo 4. Propuesta de guía de apoyo para el manejo de la conducta.....	103

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la atención odontopediátrica es uno de los servicios más solicitados, por lo que representa un gran reto para el odontólogo, ya que encontrará diversos tipos de conducta que dificultaran la realización de los tratamientos.

El plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en su segundo año establece como eje de referencia el proceso salud enfermedad del sistema estomatognático en el niño y el adolescente, por lo tanto dado el hecho de que durante su formación académica el estudiante recibe muy poca o nula información sobre la atención y manejo de conducta de los pacientes pediátricos es común que en su práctica clínica se les complique atender a los infantes y con ello que los procedimientos programados se retrasen en su ejecución, además que al no tener la suficiente habilidad se provoque que el niño tenga una mala experiencia y con ello provoquen traumas y fobias al tratamiento dental.

Por ello es de suma importancia que el alumno conozca las características físicas, psicológicas y sociales de este tipo de población así como cuales son los diversos factores que intervienen para que la conducta del niño sea de forma favorable o desfavorable durante la realización del tratamiento dental y poder brindar una atención adecuada y de calidad mediante la utilización de técnicas de manejo de conducta no farmacológicas, siempre y cuando este dentro de sus capacidades brindar dicha atención.

El presente trabajo consta en su marco teórico de cinco capítulos los cuales se describen a continuación:

- En el primer capítulo se aborda la atención odontopediátrica y las principales afecciones bucodentales siendo los motivos de consulta, destacando la prevalencia de estas afecciones.
- En el segundo capítulo se describe el desarrollo craneofacial del niño, desde el desarrollo de los arcos branquiales hasta su crecimiento posnatal mencionando brevemente el desarrollo de las estructuras más importantes.

- En el tercer capítulo se analizan las principales teorías del desarrollo psicológico del niño con el fin de comprender las principales características de las etapas de crecimiento y así brindar una mejor atención.
- El capítulo cuatro hace mención de los principales factores que intervienen en la conducta del niño en la consulta y que favorecen o dificultan la atención odontológica.
- En el capítulo cinco se desarrollan las principales técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas más conocidas, describiendo cada una de ellas, así como sus indicaciones y contraindicaciones.

Posteriormente se describe el planteamiento del problema y el objetivo general del trabajo que consiste en identificar el nivel de dominio que presentan los alumnos del segundo año de la carrera de cirujano dentista de la FES Zaragoza en el ciclo escolar 2017-2018 sobre el uso de las técnicas de manejo de la conducta no farmacológicas y la metodología utilizada en esta investigación.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos en gráficas y tablas, además de su análisis y conclusiones aportando como producto una guía básica de atención de la conducta que se espera sirva de apoyo a los alumnos en su práctica clínica.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

LA ATENCIÓN ODONTOPEDIÁTRICA Y PRINCIPALES

AFECCIONES BUCO-DENTALES

Se puede considerar a la atención odontopediátrica como aquella que se ocupa de los problemas de salud buco-dental en el niño y en los adolescentes, sus causas, tratamientos y prevención; así como el servicio con mayor demanda entre los pacientes, sin embargo, es el más olvidado entre los servicios que presta el dentista; a pesar de la gran importancia que tiene, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia o indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología actual. En odontopediatria se requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en periodo de formación. ¹

El objetivo de la atención a la salud de niños consiste en satisfacer sus necesidades actuales y también en promover un crecimiento y desarrollo favorable que resulten en un adulto sano. ²

Para el logro de una atención integral en el niño, es imprescindible conocer la conducta. Por ello, el conocimiento de las etapas del crecimiento general ayudará a comprenderlo, así como tener idea de las conductas que se pueden esperar de él. ³

1.1 La consulta odontológica

La consulta odontológica es el espacio de atención médico-dental en el que el profesional realiza la evaluación de la salud bucal del paciente infantil, utilizando todos sus conocimientos, sus habilidades, su entrenamiento y experiencia con el fin de elaborar un diagnóstico, proponer un plan de tratamiento y un plan preventivo, tomando en cuenta los patrones de comportamiento del niño, en sus edades diferentes. Al momento de realizar la consulta, el odontólogo debe ganarse la confianza del niño y cooperación, efectuar el tratamiento de una manera agradable

y no sólo brindar la atención requerida, sino, además, algo muy importante; como es promover la futura salud dental del niño mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas.⁴

Se puede definir al tratamiento dental como el conjunto de medios o actuaciones médicas y sanitarias que se realizan con el objetivo de prevenir, aliviar o curar una enfermedad, un trastorno o una lesión. En el siguiente cuadro se muestran los tipos de tratamientos más frecuentes realizados durante la atención del paciente pediátrico, así como algunos ejemplos de ellos: ⁵

Tabla 1.1 Tipos de tratamiento

Tratamiento	Procedimientos
Tx. preventivo	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis • Aplicación de fluoruro • Selladores de fosetas y fisuras • Técnica de cepillado
Tx. de operatoria dental	<ul style="list-style-type: none"> • Amalgamas • Resinas • Coronas de acero cromo
Tx. pulpares (endodoncia)	<ul style="list-style-type: none"> • Pulpotomía • Pulpectomía
Tx. ortodónticos preventivos e interceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Banda ansa • Arco lingual • Botón de nance • Zapatilla distal • Trampa lingual • Lip bumper • Perla de tucat
Tx. quirúrgicos ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Quiste de la erupción • Exodoncias

Fuente: Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Estomatología [Sede Web].

1.2 Comportamiento del niño en la consulta odontológica

Todos los pacientes son distintos y por ende se comportan de manera diferente al estar sentado en el sillón dental, el odontólogo se puede enfrentar a un paciente totalmente cooperador y consciente del tratamiento y del dolor que se puede causar, pero también se puede enfrentar a una persona resistente al tratamiento y con hipersensibilidad, esto es, la diversidad de pacientes.

El odontólogo debe dar importancia en la primera consulta dental del paciente teniendo en cuenta que el niño debe de tener una experiencia satisfactoria y estimulante con el fin de que no desarrolle fobias o miedos que a futuro le causen traumas.

El adaptar al niño a la consulta odontológica es necesario para lograr que colabore en el tratamiento a través de un proceso de enseñanza/aprendizaje la cual le dará los conocimientos necesarios para promover su actitud positiva.⁶

El odontólogo tiene que categorizar las conductas que presentan los niños en la consulta dental; estas son detectadas desde el primer contacto con el paciente. El dentista puede reconocer las variables involucradas y utilizarlas racionalmente para mejorar la interacción profesional-paciente.⁷

El éxito de la práctica odontológica en niños no solo depende de las habilidades técnicas del odontólogo sino también de su capacidad de lograr y mantener la cooperación infantil.⁸

1.3 Relación odontólogo-paciente

Debido a que la visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, principalmente en los niños, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas. Además, el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo. La manipulación

de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca. No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo, la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social.

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir el estado ansioso, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en la cual se desarrolle la relación odontólogo-paciente.⁹

La comunicación odontólogo-paciente se debe establecer y mantener de manera continua durante todas las visitas y en todas las fases del tratamiento, esta relación se inicia desde la primera visita, que es el primer contacto. En esta relación la confianza se debe ir ganando poco a poco, y demostrando, con la información veraz que damos al paciente –usando un lenguaje claro y adaptado tanto a su nivel socio–cultural como a su edad.

La motivación es uno de los mayores retos, donde el odontólogo debe conseguir que lo que se les está enseñando a los pacientes sea aceptado e integrado en sus costumbres y conductas y, de este modo, se convierta en un hábito de salud. Para ello la comunicación debe de ser bidireccional y ganarse su confianza, o sea, que se deben y se pueden usar estrategias de educación sanitaria, como aclarar dudas que le surjan y transmitir conocimientos e información para que el paciente se vaya haciendo cada vez más responsable de su estado de salud, sin olvidar siempre en esta relación darle los estímulos positivos adecuados para mantener al día esta comunicación en perfecto estado.¹⁰

1.4 Principales enfermedades buco-dentales

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues el individuo no puede considerarse completamente sano si existe enfermedad bucal activa.¹¹

A través del tiempo se han investigado los factores que condicionan la salud bucal entre ellos podemos encontrar mala higiene bucal, dieta cariogénica, desconocimiento de cultura de la prevención por parte de los padres ya que se tiene la creencia que debido a que los niños presentan los llamados “dientes de leche” o dentición temporal no es de suma importancia darles tratamiento a los problemas que estos puedan presentar ya que tarde o temprano se caerán y saldrán los permanentes.

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un problema importante de salud pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad.

Los padecimientos con mayor prevalencia durante la segunda infancia en el mundo, así como en nuestro país son: la caries dental, los hábitos parafuncionales, traumatismos dento-alveolares y las patologías pulpares.¹²

1.4.1 Caries dental: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.¹³

La caries dental es la enfermedad con mayor prevalencia e incidencia en los niños preescolares y escolares, causando ausentismo escolar, dolor y pérdida temprana de piezas dentales. De acuerdo con la OMS, la caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en algunos países asiáticos y latinoamericanos. Aunque existe la creencia de que esta enfermedad dejó de ser un problema de salud en países desarrollados, afecta entre un 60 y 90% a sus escolares. La OMS, en su publicación en Ginebra (2004), menciona que aproximadamente 5 mil millones de personas en el mundo han padecido caries dental.¹⁴

Una de las metas propuestas por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) para el año 2000, fue que el 50% de los niños entre los 5 y los 6 años de edad estuviesen libres de caries. Esta meta sigue fijándose hasta el 2020.¹²

Mora (2000), realizó un estudio para estimar la prevalencia de caries de 2 a 5 años en España, donde encontró una prevalencia de caries 58.7%.¹⁵

Torres en 2010 realizó un estudio en escolares de 3 a 5 años en Huacho, Perú en el cuál reportó una prevalencia de caries de 80% en niños de 3 años y en los niños de 4 y 5 años de 83.3% y 87% respectivamente.¹⁴

Por otra parte, Sarmiento y colaboradores en 2011 reportaron una prevalencia de caries de 62.3% en niños menores de 6 años de edad residentes de poblados de Lima Norte.¹⁶

En México, la Asociación Dental Mexicana (ADM), en 2009, realizó un estudio epidemiológico sobre la prevalencia y la severidad de la caries dental con la participación de 12 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, DF, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz, la población estudiada fue de 7105 niños dando una prevalencia de caries de 39.4% a los de tres años, 52.2% a los de cuatro años, 58.2% a los de cinco años y de 63.1% a los de seis años de edad.¹⁷

De acuerdo a los reportes antes mencionados, se puede deducir que la prevalencia de caries en distintas partes del mundo es muy elevada, lo cual implica que la meta propuesta por la OMS y la FDI de reducir la caries en un 50% para el año 2020 está muy lejos de ser cumplida. Por otra parte, se confirma que la caries dental sigue siendo la principal enfermedad de la cavidad bucal y por ende la primera causa de consulta debido al dolor que esta provoca y que deriva hacia una patología pulpar.

1.4.2 Patologías pulpares: La enfermedad pulpar es la respuesta de la pulpa ante un irritante, a la que inicialmente se adapta y en la medida de la necesidad se opone, organizándose para resolver favorablemente la leve lesión o disfunción ocurrida por

la agresión, si ésta es grave (como contacto pulpar o caries profunda) la reacción pulpar es más violenta al no poder adaptarse a la nueva situación, intenta al menos una resistencia larga y pasiva hacia la cronicidad ; si no lo consigue, se produce una rápida necrosis y aunque logre el estado crónico parece totalmente al cabo de cierto tiempo. Entre las principales causas que ocasionan las enfermedades pulpares se encuentran: Irritantes microbianos (caries dental), irritantes mecánicos, químicos, térmicos y eléctricos (electro galvanismo) y lesiones traumáticas ¹⁸

De acuerdo a un estudio realizado por Barrios y cols. (2007) en niños atendidos en el Servicio de Odontopediatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela, reportaron que el 69.76% (248) presentaban afección perirradicular de origen pulpar, cursando por una edad de 3 a 6 años. De estos 248 niños afectado reportaron que la lesión con mayor prevalencia es el absceso crónico con 61,69% en comparación con el absceso agudo 35,08% y la celulitis 3,23%.¹⁹

Galante y cols. (2011) reportaron en un estudio realizado en el Servicio de la Clínica Integral del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela que, de una población de 61 niños atendidos y total de 1,952 dientes examinados, el 13.1% (255) fueron diagnosticados con alguna alteración pulpar. ²⁰

1.4.3 Hábitos bucales parafuncionales y anomalías dentomaxilares: Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de una forma consciente y luego de modo inconsciente. Los hábitos parafunciones son definidos como todos aquellos que no cumplen ninguna función propia del sistema estomatognático; son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre las fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener una mayor o menor repercusión según la edad en la que se inicie el hábito. ²¹

Algunos de estos posibles factores de tipo ambiental que pueden propiciar estas anomalías según Canut son:

1. Hábitos de la musculatura orofacial conocidos como etiológicos de algunas maloclusiones, incluyen succión digital, empuje lingual, succión del labio y posturas anormales de la lengua.
2. La enfermedad nasofaríngea y la función respiratoria perturbada pueden producir respiración bucal y morfología craneofacial alterada.
3. La caries es una causa significativa de algunas maloclusiones resultante de la pérdida prematura de dientes primarios, el corrimiento y erupción precoz de los dientes permanentes, traumatismos y patologías tumorales y quísticas. Las causas ambientales de maloclusión más importante, la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normal de dientes y maxilares.²²

Según con la OMS, las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociados de forma directa con hábitos bucales así quedó evidenciado por Quiroz en un estudio realizado en preescolares de Venezuela en el cual concluyó que más del 60% presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones.^{21, 23}

Estos hábitos pueden generar:

- Mordida abierta anterior y de laterales
- Protrusiones dentarias
- Protrusiones dentoalveolares
- Linguoversiones dentarias etc.²⁴

Entre los principales hábitos parafuncionales se encuentran la succión digital, succión labial, deglución atípica, uso de chupón, bruxismo, entre otros.²⁵

En un estudio realizado por Agurto y col. (1999) sobre “Frecuencia de malos hábitos bucales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 del área oriente de Santiago”, reportaron que de un universo de 1110 niños el 66% presentó algún tipo de hábito. El de mayor frecuencia fue la succión con 62% de casos. Las anomalías frecuentes encontradas fueron: mordida abierta (38%), mordida cruzada (28%) y distoclusión canina (16%)²⁶

Por otra parte, en otro estudio realizado por Alemán y colaboradores en 2007 sobre hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 5 años encontraron una prevalencia de un 49% respecto al hábito de succión de biberón y de succión digital en un 25.5%, seguido de la respiración bucal y la interposición lingual en deglución.²⁷

Murrieta y cols. (2009) reportaron en un estudio realizado en preescolares del municipio de Netzahualcóyotl en el estado de México, que, de un total de 221 niños, el 68.2% presentó un hábito bucal parafuncional, Conforme con la edad se observó que las categorías de cuatro y cinco años presentaron el mayor porcentaje de casos (29 y 30% respectivamente). El porcentaje de casos registrados con el hábito de succión digital fue de 8.5%. En cuanto a su distribución conforme a la edad, la mayor frecuencia la mostró la categoría de cinco años (3.8%). El porcentaje de casos de onicofagia fue de 35% y la categoría de edad que presentó una mayor frecuencia fue la de cinco años (39 casos). La queilofagia tuvo una prevalencia de 5.2%, por otra parte 7.6% de los preescolares mostró el hábito del uso de chupón o mamila.²⁵

1.4.4 Traumatismos dentoalveolares: Los traumatismos dentoalveolares son lesiones que afectan a los dientes y al hueso que lo sostiene. La mayoría de estas lesiones ocurren en dientes anteriores, lo que provoca una disminución de las capacidades de masticación y dicción, generalmente son por causas externas y representan un problema de salud pública, así problemas físicos, psicológicos y estéticos que pueden producir trastornos psicológicos en los pacientes. Además, pueden ir acompañados de lesiones en los tejidos blandos con hemorragia e

inflamación, que pueden impresionar a los familiares o acompañantes del paciente traumatizado.²⁸

Datos estadísticos revelan que aproximadamente el 50% de los niños, sufrirá una injuria traumática a nivel dentario durante su niñez, este trauma puede ocurrir a cualquier edad y puede ir desde una diminuta fractura de esmalte dentario a un compromiso grave de los huesos maxilares. Existe un incremento de la incidencia en la niñez temprana que va desde los 2 a los 5 años de edad, reportándose un 30% de niños pequeños con traumatismos en sus piezas temporales, posiblemente asociado al hecho de que actualmente existe una integración más temprana al sistema escolar y a que los juegos tienen más contacto físico por lo que los niños podrían estar más expuestos a sufrir este tipo de lesiones.²⁹

Según estudios realizados por diferentes autores, coinciden que en dentición primaria la consecuencia más frecuente del traumatismo, está representada por el desplazamiento del diente y avulsión del mismo, esto ocurre porque el hueso alveolar del niño posee espacios medulares grandes y es relativamente flexible, cediendo ante los golpes contra los dientes primarios y permitiendo que se muevan en vez de sostenerlos con firmeza, causándole así la fractura.

Stephen, sostiene que, entre los 8 meses y 2 años, lo más común es avulsión, entre los 2 y 5 años fractura con desplazamiento y de los 10 a los 12 años, la fractura dentaria.³⁰

Andreasen hipotetizó que el trauma dental en un futuro predecible probablemente excedería la caries dental y la enfermedad periodontal. Desde que la hipótesis fue dicha se han realizado diversos estudios donde han arrojado que entre el 7-50% de los niños han tenido algún traumatismo dental antes de los 15 años.³¹

En los siguientes estudios consultados se muestran las prevalencias encontradas por los distintos autores en diferentes países:

Gutiérrez y cols. (1999) realizaron un estudio en niños preescolares del municipio de Maracaibo Venezuela, en el cual se permitió identificar 413 niños con lesiones en tejido duro y blando los cuales representan un 19.9% de la muestra total

(2,075). En tejido blando las lesiones se localizaron en encía, labios y mejilla; reconociéndose en los labios el 94.12% de las mismas. Laceración y contusión fueron las lesiones registradas en encía y mejilla. En los labios se encontraron cicatrices producto de traumas más o menos recientes. El número de dientes afectados osciló entre uno y cuatro, totalizándose 524 dientes con daño para un promedio de 1.5 por individuo. Predominó la localización antero-superior (95.2%) y los dientes más involucrados fueron: El incisivo central superior derecho, incisivo central superior izquierdo e incisivo lateral superior izquierdo.³⁰

Cunha Púgiles (2001) reportó una investigación sobre trauma oral en pacientes de 0-3 años en Brasil. Se recolectaron los datos de 1654 pacientes de la Clínica del Bebe de la Escuela de odontología en Brasil; donde la prevalencia de traumatismos fue de 16.3%, mayor en niños que en niñas. El incisivo central superior resulto afectado en el 86% de los casos y las caídas representaron al agente etiológico principal. El tipo más frecuente de traumatismo dental fue la fractura no complicada de corona (48,4%).³²

Por otra parte, en un estudio realizado por Muñoz y cols. (2006) en preescolares de Concepción, Chile en el cual de una muestra de 336 niños el 11.9% (40) presentaron lesiones traumáticas, de estas lesiones encontradas 72% (29) fueron fracturas de esmalte, 25% (10) cambios de coloración y una lesión de tejidos blandos (2.5%).²⁹

Dado que la gran mayoría de los tratamientos que se realizan para tratar estos padecimientos son de tipo invasivo existe la posibilidad que no todos los niños los acepten o se opongan a la realización de los mismos debido principalmente al temor que para ellos representa acudir al dentista o a diversos factores que alteren su comportamiento durante la consulta. Por ello se debe tener el conocimiento para poder tratarlos de acuerdo a su edad y desarrollo psicológico y cognoscitivo con el fin de brindar una mejor atención.

CAPÍTULO 2.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CRANEOFACIAL

Los términos crecimiento y desarrollo se usan a menudo de manera indistinta para designar los cambios que tienen lugar a lo largo de la vida. El crecimiento se define como el desarrollo en tamaño o el desarrollo progresivo, es decir, la evolución, el surgimiento, el aumento o expansión. Mientras que desarrollo se define como el transcurso del crecimiento natural, diferenciación o evolución por cambios sucesivos.³³

El desarrollo y crecimiento cráneo-facial deriva de una serie de procesos morfo-génicos durante la etapa intrauterina y también después del nacimiento, ésta serie de procesos logran un equilibrio funcional y estructural entre el tejido duro y blando de la región cráneo facial.³³

Siendo así, los huesos craneales están en constante crecimiento y cambio ante relaciones y circunstancias externas e internas, por lo que se busca conservar el equilibrio durante la infancia y la edad adulta.³⁴

2.1. Desarrollo de la región de cabeza y cuello

Alrededor de la cuarta semana de gestación empiezan a desarrollarse los Arcos faríngeos o branquiales. El aparato faríngeo da lugar a una cantidad importante de estructuras de la región de la cabeza y el cuello.³⁵

El aparato faríngeo está constituido por una serie de arcos bilateralmente vareados, bolsas, surcos y membranas. Sus estructuras se identifican por números, por ejemplo, los cuatros pares de arcos se enumeran I, II, III y IV a partir del extremo cefálico. Los arcos faríngeos comienzan a desarrollarse durante la cuarta semana, como resultado de la migración de las células de la cresta neural a la región de cabeza y cuello.³³

Cada arco faríngeo tiene un cartílago específico que forma el esqueleto del arco. También tiene músculos, un nervio y la mucosa derivada de ese arco y arterias llamadas arco aórtico. Los arcos faríngeos hacen la mayor continuación a la formación de la cara, la cavidad bucal además de los dientes, de la cavidad nasal, la faringe, la laringe y el cuello.³⁶

A continuación, se describen los componentes derivados de cada arco faríngeo:

Arco I: El trigémino (V) es el nervio del primer arco. Es el principal nervio sensorial de la región de la cabeza y cuello; inerva la cara, los dientes y la mucosa de la cavidad bucal, así como los dos tercios anteriores de la lengua. También inerva los músculos de la masticación

También de este arco se desarrollan los procesos maxilar y mandibular bien diferenciados, los cuales se forman principalmente por la migración de las células de la cresta neural hacia los arcos durante la cuarta semana. En el proceso maxilar, en el mesénquima de la cresta neural se produce una osificación intermembranosa que da lugar al hueso cigomático, los maxilares y la escama del hueso temporal.³⁶

El cartílago del primer arco es el cartílago de Meckel, cuyo extremo dorsal se osifica para formar dos de los huesecillos del oído medio: el martillo y el yunque. La porción media de este cartílago se resorbe, excepto su pericondrio que forma el ligamento esfenomandibular. Por último, la parte ventral del cartílago de Meckel origina una estructura en forma de herradura que más adelante será la mandíbula.³⁶

37

Los músculos derivados del arco I son los de la masticación: masetero, temporal, pterigoideo interno y pterigoideo externo. Otros derivados musculares son el vientre anterior del digástrico, el milohioideo, el tensor del velo del paladar y el tensor del tímpano.^{36,37}

Arco II: El facial (VII) es el nervio del segundo arco. De este arco se origina el cartílago de Reichert, su extremo dorsal se osifica para producir el otro huesecillo del oído medio, el estribo y la apófisis estiloides del hueso temporal. Una parte del pericondrio del cartílago de Reichert forma el ligamento estilohioideo; el arco faríngeo II se denomina arco hioideo, debido a que contribuye al desarrollo del hueso hioides, específicamente, el asta menor y la porción superior del cuerpo.³³

Los músculos de la expresión facial provienen del segundo arco, los más importantes son el frontal, orbicular de la boca, orbicular de los ojos, cigomático y platisma. Entre los músculos no faciales que se originan de este arco se encuentran el estapedio, el estilohioideo y el vientre posterior del músculo digástrico.^{33,34}

Arco III: El glossofaríngeo (IX) es el nervio del arco III; el cartílago del tercer arco da lugar al asta mayor y a la parte inferior del cuerpo del hueso hioides. De igual forma de este arco faríngeo se origina el músculo estilofaríngeo.

Arco IV y VI: El vago (X) es el correspondiente a los arcos cuarto y sexto fusionados. Los cartílagos de los arcos cuarto y sexto se fusionan para formar los cartílagos laríngeos, como son tiroideos, cricoides y aritenoides. De estos arcos

nacen los músculos de la faringe y la laringe. El arco IV da lugar al músculo cricotiroideo y el VI genera el resto de los músculos de la laringe.³⁴

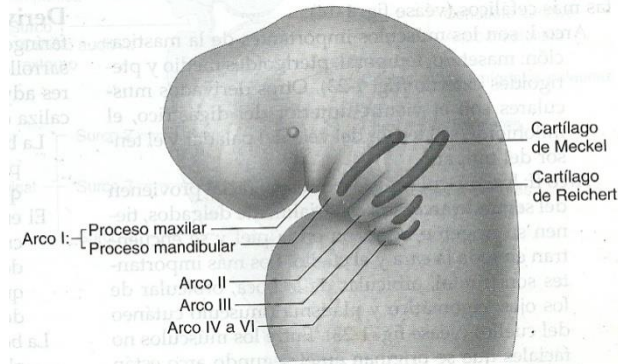


Figura 2.1: Arcos faríngeos

Fuente: Bishara S.E Ortodoncia

2.1.1 Derivados de las bolsas faríngeas

Las bolsas faríngeas representan expansiones de la faringe en desarrollo, interpuestas sobre la superficie interna de pares adyacentes de arcos. El primer par de bolsas se localiza en los arcos I y II.³⁸

La bolsa 1 da lugar a la cavidad timpánica, a la trompa auditiva y al antro mastoideo.^{33,38}

El endodermo de la bolsa 2 forma la cubierta de las criptas de las amígdalas palatinas. El tejido linfóide de las amígdalas se forma a partir del mesénquima que rodea a las criptas.^{33,38}

La bolsa 3 tiene una porción dorsal, que da lugar a las glándulas paratiroides inferiores, y una porción ventral, que se transforma en el timo.

La bolsa 4 también tiene una porción dorsal y ventral. La dorsal da lugar a las glándulas paratiroides superiores, en tanto que la parte ventral deduce un cuerpo ultimobranqueal. Este se funciona con la glándula tiroides y sus células se esparcen de manera difusa por toda la glándula y se diferencia como células parafoliculares (células C), que producen calcitonina.^{33,38}

La bolsa 5 típicamente se atrofia.³⁸

2.1.2 Derivados de los arcos faríngeos (hendiduras) y membranas

La superficie externa de la cabeza y de la región del cuello de un embrión presenta cuatro pares de surcos faríngeos, o hendiduras, ubicados entre los arcos. El surco 1 se localiza entre los arcos I y II y es el único que da lugar a estructuras del adulto, como el meato auditivo externo. El tejido mesenquimatoso de los arcos I y III prolifera y cubre los surcos restantes, para formar una cavidad transitoria, llena de líquido, denominada seno cervical. Normalmente del seno cervical y los surcos de 2 a 4 desaparecen durante el desarrollo del cuello.³⁶

Una membrana faríngea está compuesta por el endodermo que tapita una bolsa faríngea, el endodermo que tapiza un surco farínge y una capa de mesénquima entre ellos. La primera membrana faríngea forma la membrana del tímpano, en tanto que las restantes se atrofian.³³

2.1.3 Desarrollo de la cara

La cara experimenta la mayor parte de su desarrollo entre las semanas 4 y 8, de modo que al finalizar este periodo ya ha adquirido el aspecto humano característico. Después de la semana 8 el desarrollo facial se torna lento y conlleva a cambios en las proporciones de la cara y las posiciones relativas de sus componentes.³⁵

El desarrollo facial resulta principalmente del agravamiento y el movimiento de la prominencia frontal nasal y de 4 prominencias pareadas, provenientes del arco faríngeo I: las prominencias maxilares y las prominencias mandibulares. Estas estructuras rodean el estomodeo. Las prominencias maxilares y mandibulares se desarrollan como el resultado de la migración de las células de la cresta neural y su proliferación en el arco faríngeo I.³⁴

Uno de los primeros acontecimientos en la formación de las estructuras faciales es la fusión de los extremos internos de las prominencias mandibulares, en la línea media, para formar la barbilla y el labio inferior. La porción inferior y externa de la prominencia frontonasal, ciertas zonas localizadas laterales del ectodermo superficial se engrosan para formar las placodas nasales. El mesénquima a lo largo de la periferia de las placodas nasales prolifera y forma crestas en forma de herradura, denominadas prominencias nasales internas y prominencias nasales externas. El centro de la placoda se adelgaza; al final pierde el ectodermo y forma las fosas nasales. Estas son las precursoras de los orificios y fosas nasales.³⁷

El tejido colectivo mesenquimatoso de las prominencias maxilares prolifera y como resultado éstas se agrandan y se aproximan una hacia otra en la línea media y hacia las prominencias nasales internas. Las prominencias nasales internas se aproximan entre sí, se fusionan en la línea media y forman el segmento intermaxilar;

este último es de especial importancia porque da lugar al filtrum del labio superior, a los 4 dientes incisivos, al hueso alveolar y encía que los rodean, y el paladar primario.³⁸

Entre las semanas 7 y 10 se fusionan varias prominencias faciales. Las prominencias maxilares se fusionan hacia afuera con las prominencias mandibulares. Las prominencias nasales internas se fusionan con las maxilares y las nasales externas.³⁸

2.1.4 Desarrollo de paladar

El paladar empieza a desarrollarse al comienzo de la sexta semana, pero el proceso no se completa hasta la doceava semana.

Todo el paladar se desarrolla a partir de 2 estructuras: el paladar primario (premaxilar) y el paladar secundario. Se llama paladar primario a la porción de forma triangular del paladar que se encuentra por delante del foramen incisivo. El paladar secundario da lugar al paladar duro y blando por detrás del foramen incisivo; este se origina en las plataformas palatinas laterales del maxilar.

Estas plataformas están compuestas inicialmente de tejido colectivo mesenquimatoso y se orientan en un plano superoinferior, con la lengua interpuesta entre ellas. Posteriormente las plataformas se alargan y la lengua se hace relativamente más pequeña y se hace hacia abajo lo cual permite que las plataformas se orienten en sentido horizontal, se aproximan entre sí y se fusionan en la línea media.³⁹

El rafe palatino medio es un remanente clínico de la fusión entre las plataformas palatinas y el foramen incisivo, se encuentran en la unión del paladar primario con las plataformas palatinas laterales, estos últimos se fusionan con el paladar primario y el tabique nasal; la fusión de estos tiene lugar en dirección anteroposterior y empieza en la novena semana.³³

2.1.6 Desarrollo de la lengua

La superficie de la lengua y los músculos linguales provienen de estructuras embrionarias diferentes. Durante la quinta semana de la vida embrionaria, aparecen en el aspecto interno del arco del maxilar inferior protuberancias mesenquimatosas cubiertas por una capa de epitelio. Estas se llaman protuberancias linguales laterales. Una pequeña protección media se hace entre ellas, el tubérculo impar. En dirección caudal a este tubérculo se encuentra la cópula que une el segundo y tercer arcos branquiales para formar una elevación media y central que se extiende hacia atrás hasta la epiglotis. El tejido del mesodermo del segundo, tercer y cuarto arcos

branquiales crece de cada lado de la cópula y contribuye a la estructura de la lengua. El punto en el que se une el primero y el segundo arcos branquiales está marcado por el agujero ciego, el cual sirve de línea divisoria entre la base o raíz de la lengua y su porción activa. Las protuberancias linguales laterales aumentan rápidamente de tamaño y se fusionan entre sí cubriendo el tubérculo impar, estas tres estructuras dan lugar al cuerpo de la lengua.³⁹

El tercio posterior o base de la lengua se desarrolla a partir de la eminencia hipobranqueal, que es un brote de la línea media caudal hacia el agujero ciego; esta eminencia está compuesta por mesénquima del arco III.³³

La eminencia hipobranqueal cubre la cópula, y se fusiona con tubérculo impar y las protuberancias linguales laterales. La cópula desaparece sin contribuir a la formación de la lengua. Así, la base de esta deriva del tercer arco faríngeo.³⁷

La inervación de la lengua puede explicarse por su origen embrionario. Su inervación sensorial de la mucosa del cuerpo de la lengua proviene casi por completo del nervio del primer arco, el trigémino. La inervación sensorial de la mucosa de la base de la lengua proviene principalmente del nervio del tercer arco, el glosofaríngeo y los músculos esqueléticos de la lengua obtienen su inervación del nervio hipogloso.³³

2.2 Desarrollo del cráneo

El cráneo se forma a partir de tejido mesenquimatoso que se encuentra alrededor del encéfalo en crecimiento. En el desarrollo del cráneo se distinguen dos componentes: el neurocráneo que constituye el cráneo y su base y se origina principalmente en las somitas y somitómeros occipitales, el del viscerocráneo que incluye el esqueleto de la cara y estructuras relacionadas. El viscerocráneo deriva del ectodermo de la cresta neural. En cada componente algunas estructuras se forman por osificación endocondrial, mientras que otras se forman por osificación intramembranosa.³³

2.2.1 Morfología craneofacial del neonato

La cabeza del recién nacido es muy distinta a la del adulto, tanto en el tamaño como en su forma y proporciones. El desarrollo craneofacial se caracteriza por el aumento en las dimensiones y un cambio significativo en las proporciones.³⁶

Las facies infantiles tienen unos rasgos peculiares que las diferencian de las del adulto y que sirven para comprender el tipo de modificaciones morfológicas por las que transcurre el desarrollo posnatal y sus características principales son:

- Separación de las unidades óseas: en el niño los huesos que forman las craneofacies están aún separadas en diferentes elementos o unidades óseas que posteriormente se fusionan.³⁵
- Amplia separación de huesos entre sí: la calota craneal tiene dos sistemas suturales que determinan la separación en tres regiones craneales: 1) sistema sutural coronal (separa superiormente el hueso frontal de los parietales y forma un segmento anterior y otro posterior), 2) sistema lamboidal (pasa entre el hueso occipital, el temporal y el parietal formando tres segmentos craneales).³⁷
- Proporción relativa de la cara y cráneo: se considera que el cráneo se divide en dos partes: neurocráneo que forma la calota y el desmo o viscerocráneo que forma la cara. El neurocráneo tiene un rápido crecimiento en el periodo prenatal para acomodarse al rápido crecimiento de la masa cerebral; el viscerocráneo está menos desarrollado por tener un crecimiento más tardío.³³

2.2.2 Tipos de crecimiento posnatal

Hay tres tipos de crecimiento óseo que están presentes en el desarrollo craneofacial:

1.- Crecimiento cartilaginoso: está localizado en tres zonas: la base del cráneo, tabique nasal y el cóndilo mandibular. Se basa en la proliferación inicial de cartílago y posteriormente la osificación.³⁸

2.-Crecimiento sutural: consiste en la posición ósea a través de las suturas que separan a los huesos y es responsable del crecimiento de la calota craneal, que se adapta al aumento de tamaño del cerebro.³⁶

3.- Crecimiento periostal y endostal: en este hay una proliferación ósea a partir de la membrana periostica y de los espacios medulares internos. Aumenta el tamaño tridimensional de la cabeza por la posición ósea superficial y el remodelamiento interno de cada uno de los de los diferentes huesos del cráneo, los cuales derivan de las células de la cresta neural y del tejido mesodérmico paraxial, generando la formación del neurocráneo, la cara y el aparato de masticación.³⁹

2.2.3 Crecimiento de la base craneana

El crecimiento de la base craneana está basado en cinco cartílagos principales a partir de los cuales se desarrolla todo el esqueleto de soporte del neurocráneo, cada uno da lugar a una estructura craneofacial como se detalla a continuación:

- El cartílago trabecular da lugar al etmoides.
- El cartílago hipofisario participa en el desarrollo del esfenoides.
- El cartílago orbitario es responsable del desarrollo de las alas menores del esfenoides.³⁶
- Del cartílago temporal se desarrollan las alas mayores del esfenoides.
- El cartílago ótico da lugar a la región petrosa del temporal.

Cuando estas estructuras cartilaginosas empiezan su osificación permite la futura conformación de la base del cráneo.³⁴

2.2.4 Crecimiento de la bóveda craneal

El crecimiento de la bóveda craneal está determinado por factores medioambientales y de la misma forma que los anteriores se basa en centros de crecimiento membranosos en la región frontal y occipital que empiezan su osificación en el tejido conjuntivo, simultáneamente empieza la osificación de las

suturas que se encuentran entre los mismos, las cuales se constituirán en: centros de crecimiento, áreas de flexibilidad y movimiento futuro de la bóveda craneal.³⁴

De esta manera las suturas: coronal, sagital, occipital, metópica, bregmática, lamboidea, ptérica y astérica se constituirán en zonas potencialmente expansoras de la bóveda craneal durante los primeros años de vida, o en áreas de limitación de crecimiento que den origen a malformaciones craneales por cierre prematuro de las mismas.^{40,41}

A su vez son importantes en esta formación: los cartílagos occipitales (unión de somitas occipitales 2-4), cartílagos paracordales, precordales, cartílagos polares, capsula auditiva, alas temporales, capsulas orbitales y nasales.⁴¹

2.2.5 Crecimiento del macizo facial y maxilares.

El crecimiento de la cara es netamente membranoso, es decir que los factores medio-ambientales simplemente podrían aportar al desarrollo, forma y crecimiento.

Los huesos del macizo facial, se originan principalmente en los cartílagos de los dos primeros arcos faríngeos. El primer arco faríngeo da origen a una porción dorsal, el proceso maxilar, que se extiende por adelante y por debajo de la región del ojo dando lugar al maxilar, al hueso cigomático y parte del hueso temporal. La porción ventral se denomina proceso mandibular y contiene el cartílago de Meckel, el mesénquima que rodea al cartílago de Meckel se condensa y osifica para dar origen al maxilar inferior o mandíbula. A causa de este proceso de desarrollo se puede diferenciar que la cara es pequeña en comparación con el cráneo a causa de la falta de desarrollo de los senos neumáticos paranasales y al reducido tamaño de los huesos, esto es más evidente en los maxilares, pero con la aparición de los dientes y el desarrollo de las cavidades aéreas paranasales la cara adquiere sus rasgos infantiles.^{34, 41}

Una vez comprendido el adecuado desarrollo de las estructuras craneofaciales se puede deducir que en consecuencia el niño tendrá un sano desarrollo psicológico, el cual se aborda en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3.

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Es de suma importancia el entendimiento de los procesos de desarrollo del individuo, ya que durante las primeras etapas de su vida se producen los mayores cambios en el aspecto físico, cognoscitivo y psicosocial, y es necesario adecuar el manejo del paciente a la etapa donde se encuentre el niño.⁴²

3.1 Concepto de desarrollo.

El concepto de desarrollo implica una visión dinámica y perspectiva del ser humano y es una característica diferencial en la atención del niño.

Se entiende desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su crecimiento hasta la adultez. En este proceso evolutivo el niño es un ser activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de acuerdo con su edad y sus características individuales.²

3.2 Concepto de infancia

El concepto de niñez es una construcción cultural aún inacabada que, al igual que otras construcciones sociales, no es natural, sino que deviene de un largo proceso histórico de elaboración que lo ha ido configurando. De lo que no hay duda, es que el siglo veinte resulta ser donde se plantea, de una vez por todas, el cambio de mirada hacia la infancia. La preocupación por proporcionarle a los niños y niñas mejores condiciones, en cuanto a educación, salud, alimentación y protección jurídica han sido asuntos que permanentemente han estado presentes en las agendas internacionales desde el inicio del siglo veinte, sólo así puede explicarse el significativo avance de la protección internacional de la niñez, lo cual ha propiciado la creación de organismos y la puesta en marcha de programas específicos a favor de la infancia.⁴³

Las teorías sobre el desarrollo intelectual infantil y la psicología del niño han evolucionado según las distintas escuelas. No existe una única teoría que explique el desarrollo humano, ya que la conducta tiene varias facetas de interacción una

con otras. Cada teoría se concentra en una de ellas enfatizando su importancia en el desarrollo del niño.³

Para lograr el éxito del tratamiento dental de un niño en la consulta se debe comprender su conducta, por ello el conocimiento de las etapas de crecimiento ayudará a comprender al niño, así como tener ideas de que conductas se pueden esperar de él. El conocimiento de las diferentes áreas del desarrollo nos ayudará a descubrir las formas en las que cambia la conducta de un individuo, como pueden promover los cambios deseables y cómo es posible evitar los indeseables.³

En la práctica odontológica, es de vital importancia conocer las características generales de los niños a diferentes edades, puesto que el conocimiento de las mismas nos dará una mejor visión del manejo de conducta que enfocaremos en cada una de estas etapas, tomando en cuenta las diferentes circunstancias que se atribuyen en cada edad. Boj divide estas características en las siguientes etapas.⁴⁴

Tabla 3.1 Características de los niños de acuerdo a su edad

Edad	Características	Sugerencia de actuación a los tratamientos
2 años	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. La amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras. Construye frases de do a palabras. Mayor estabilidad emocional. Puede esperar periodos cortos y tolerar, si es necesario, alguna frustración temporal. Dificultad para establecer relaciones interpersonales, por lo que todavía predominan los juegos solitarios. Ello explica el sufrimiento ante la separación de los padres. Edad razonablemente fácil respecto a todos los aspectos del comportamiento. Realiza órdenes sencillas.	Dar órdenes y emplear técnicas lo más cortas y simples posibles
3 años	La comprensión del habla es del 70-80% y puede construir frases de 3 palabras. Le gusta hacer amigos. Le encantan las nuevas palabras que con frecuencia puede influir en su conducta positivamente.	Dar órdenes sencillas, aplicar técnicas fluidas y alabar toda conducta positiva.

<p>3 ½ años</p>	<p>Puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: en el tartamudeo, el caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz y aumento de la succión pulgar. Sigue sensible a las alabanzas.</p>	<p>Necesita gran comprensión, paciencia y afecto.</p>
<p>4 años</p>	<p>Capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta. Pega, pateo y rompe cosas en momentos de ira. Es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo y chocante. Construye frases de cuatro palabras y la comprensión del lenguaje es casi del 100%. Puede responder al llamado de su nombre. Es un gran conversador, y posee una gran imaginación. Muestra una gran independencia suficiente para admitir la separación de sus padres relativamente sin traumas</p>	<p>Se necesita mucha firmeza en el trato.</p>
<p>4 ½ años</p>	<p>Empieza a calmarse y nivelar su conducta; así pues, se puede razonar con él. Le gusta discutir. Presenta un enorme interés en los detalles y quiere que se le muestren las cosas. Disfruta de los aspectos tridimensionales de los objetos.</p>	<p>Continúa necesitando firmeza, pero se pueden utilizar más los razonamientos.</p>
<p>5 años</p>	<p>Enriquecimiento del vocabulario dominio de la sintaxis e inicio de la fase social. Se considera una buena edad de cara a las visitas dentales: el niño se muestra confiado, estable y bien equilibrado. La madre es el centro del mundo y al niño le encanta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla.</p>	<p>Utilizar la firmeza, la alabanza y los elogios.</p>
<p>6 años</p>	<p>Lenguaje definitivamente fijado. El niño está cambiando. Predominio de rabietas violentas y de constantes cúspides de tensión. No puede aceptar bien las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, además necesita de muchos elogios.</p>	<p>Necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas</p>
<p>7 años</p>	<p>Es un niño muy caprichoso, y de gran exigencia consigo mismo. Necesita comprensión. Cree que la gente está en contra de él, que no se le quiere y que los padres son injustos. Desea aprobación y por ello tratará de cooperar.</p>	<p>Necesita comprensión sin excesiva indulgencia.</p>

<p>8 años</p>	<p>Edad de gran desarrollo intelectual. Es expansivo y rápido. Le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido ante la autoridad paterna. Es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.</p>	<p>Tener más en cuenta su nivel intelectual, pero mantener la firmeza.</p>
<p>9 años</p>	<p>Muy independiente y confiado en sí mismo. Más interesado en los amigos que en la propia familia. Se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado. Puede ser rebelde contra la autoridad, aunque tolerante en general.</p>	<p>No criticar demasiado y no mostrar demasiada autoridad. Permitir al niño que sea responsable de su conducta.</p>
<p>10 años</p>	<p>Amistoso, positivista e integro. Flexible, sincero y muy obediente. Generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general.</p>	<p>Ser comprensivo y permitir al niño responsabilizarse de su conducta.</p>
<p>11 años</p>	<p>Destaca la preocupación por sus ideales y por la moral, así como la creencia en la justicia. Sabe trabajar en equipo. Se interesa por la higiene personal.</p>	<p>Se debe transmitir la idea al niño que él debe ser el responsable de su conducta. Intentar evitar las críticas y la autoridad, hacer que el niño se sienta tratado con justicia. Tratar de interesarle lo más posible y motivarlo para promover unos buenos hábitos de salud.</p>
<p>12-18 años</p>	<p>Es la última fase de la niñez hacia la edad adulta. Aparece una gran búsqueda de la identidad, así como 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.</p>	<p>Se debe disminuir la función de los padres en el cuidado dental en el hogar y poner énfasis en la responsabilidad del adolescente para cumplir su propio programa de salud bucal. Evitar tratarlo con autoridad.</p>

Fuente: Barbería LE, Boj QJR, Catalá PM, García BC, Mendoza MA. Odontopediatría.

3.3 Principales teorías del desarrollo psicológico

Las teorías sobre el desarrollo intelectual infantil y la psicología del niño han evolucionado según las distintas escuelas. No existe una única teoría que explique el desarrollo humano, ya que la conducta tiene varias facetas de interacción una con otras. Cada teoría se concentra en una de ellas enfatizando su importancia en el desarrollo del niño.³

A continuación, se mencionan algunas de las principales teorías cognoscitivas:

3.3.1. Desarrollo cognitivo (Piaget): La cognición es el proceso de organizar y darle sentido a una experiencia. La teoría del desarrollo cognitivo se enfoca específicamente en como el conocimiento emerge y es transformado en lógico, capacidad sistemática de razonamiento y solución eficiente del problema. La más conocida sin duda es la del teórico cognitivo Jean Piaget.⁴⁵

Según Piaget, cada organismo se esfuerza para alcanzar el equilibrio: un equilibrio de las estructuras organizadas (motor, sensorial o cognitivo). Cuando las estructuras están en equilibrio proporcionan modos eficaces de interactuar con el ambiente, este equilibrio se alcanza con la adaptación; en los procesos de cambios graduales existen formas de organizar el conocimiento para tomar en cuenta cambios y discrepancias entre lo que se conoce y se está experimentando. La adaptación es pues el proceso de integración de estas dos partes en las cuales interactúan la continuidad y los cambios. Para Piaget el desarrollo cognitivo se divide en cuatro etapas, cada una de las cuales están organizadas alrededor de un tema dominante y que cada etapa contenía comportamientos cualitativamente distintos.^{45, 46}

- Etapa moto-sensorial (0-2 años): Está caracterizada por la formación de esquemas sensoriales y motores cada vez más complejos que permitan que los niños pequeños organicen y efectúen el control sobre su ambiente. Este periodo se basa exclusivamente en una coordinación de percepciones y movimientos de las acciones sin la intervención de la representación o del pensamiento.^{45, 47}
- Etapa preoperatoria (llega aproximadamente hasta los 6 años): Trata sobre el descubrimiento de las operaciones mentales, como planes, estrategias y reglas para resolver y clasificar problemas. Los niños desarrollan las herramientas para representar esquemas simbólicamente a través del lenguaje, la imitación, de imágenes, de juegos simbólicos y del dibujo simbólico.^{45, 46}
- Etapa de las operaciones concretas (entre los 7 y 12 años): Se ocupa de la extensión de las operaciones mentales desde los objetos

concretos hasta los términos puramente simbólicos. Cuando el niño llega a esta etapa tiene que traducir en lenguaje todo lo que ya sabe en términos prácticos u operatorios. Las operaciones se refieren a las operaciones con objetos manipulables, por oposición a operaciones que versan sobre hipótesis o enunciados simplemente verbales.^{46, 47}

- Etapa de las operaciones formales (hasta la edad adulta): Este nivel de pensamiento permite que una persona conceptualice muchas variables que interactúan simultáneamente. Permite la creación de sistemas de leyes, o las reglas que se pueden utilizar para la solución de problemas.⁴⁵

Tabla 3.2 Desarrollo cognoscitivo continuo de Piaget

Periodo	Características
Motosensorial 0-2 años	<p>Incapaz de razonar: Cada cosa es externa, es decir realidades concretas tangibles “en frente” al niño. Ningún concepto de objeto permanece. Codifica la información en términos de acciones; más tarde en términos de imágenes visuales.</p> <p>Reaccionan a la “tensión” con los ojos, la voz, los oídos, las manos y las piernas, es decir, motosensorial. Pueden realizarse tratamientos y no considerar la falta de cooperación: no tendrá efecto permanente en el niño.</p>
Preoperacional 2-6 años	<p>Fantasías animadas: Manera egocéntrica. Razonamiento primitivo, es decir, televisión: la gente puede verlo desde la pantalla igual que él la ve. Amnástica, esto es, acepta casi cualquier explicación razonable. Comprende cosas en términos de causa y evento. No se interroga a sí mismo y sus pensamientos son muy reales para él. Desarrolla habilidad para codificar información solo en términos de acciones, visual y simbólicamente; estas imágenes representan a la realidad.</p> <p>Temor a lo desconocido: decir-mostrar y hacer, debe de dársele instrucciones claras y no tener expectativas del rendimiento.</p>
Operacional 6-13 años	<p>El niño está ansioso por aprender. Clasifica los objetos y puede discriminarlos, por ejemplo, más grande más pequeño, arriba-abajo.</p> <p>Comprende que otros tienen ideas diferentes y está dispuesto a escuchar. Todavía tiene más confianza en la imagen visual que en los símbolos. Requiere ejemplos concretos de ideas abstractas y</p>

explicaciones de los procedimientos. Entiende el concepto de causa y efecto y puede razonar y aprender lógicamente. Las cosas se vuelven internas y el niño puede organizar y desarrollar conceptos.

Formal 13-17 años

Periodo de desarrollo sencillo o confuso. Capaz de enfrentarse a lo abstracto, así como a la realidad. Puede ver el futuro y sus potenciales. Tiene necesidad de explicaciones detalladas y reales, en especial la racionalización de por qué debe cooperar o comportarse cuando a los adultos no se les requiere que lo hagan. Tiene capacidad de resolver problemas complejos. Crece en inteligencia, transforma las acciones motoras en pensamiento y conducta. Mejoran sus destrezas sociales y su lenguaje.

Fuente: Barber TK, Luke LS. Odontología Pediátrica.

3.3.2 Desarrollo psicosexual (Freud): De acuerdo con esta perspectiva, las acciones de una persona son causadas por factores biológicos y sociales. La conducta externa debe explicarse en función de fuerzas internas. Los conflictos, las tensiones, la angustia y la frustración alimentan las motivaciones del funcionamiento humano.⁴⁵

Según esta teoría, el desarrollo psicosexual cumple cabalmente un orden determinado a través de una serie de etapas que pueden llevar a una persona a desplegar una personalidad enferma o sana, porque se otorga al sexo una combinación importante para teorizar sobre el desarrollo y crecimiento del niño.⁴⁸

El psicoanálisis ha intentado valorar la importancia del inconsciente y especialmente el de los impulsos, elaborar una nueva teoría de la psique desde un punto de vista dinámico de interacciones o de oposiciones de las fuerzas existentes: impulsos sexuales e instintos, contra impulsos de origen social, principio de placer y principio de la realidad, energía de los impulsos y energía de la carga efectiva.⁴⁶

Freud plantea los siguientes periodos y etapas del desarrollo psicológico en un individuo:

- **Primer periodo** (del nacimiento a alrededor de los 5 años). Aquí se incuban desórdenes psicológicos que luego aparecen en la vida adulta. Desde que el ser humano nace tiene una actividad libidinal, esta se va canalizando y

satisfaciendo en formas distintas. Este periodo se subdivide en la etapa oral, anal y fálica.⁴⁵

Etapa oral: La etapa oral ocupa aproximadamente los primeros 18 meses de vida, y en ella aparecen los primeros intentos por satisfacer las demandas promovidas por la libido. En ella, la boca es la principal zona en la que se busca el placer. También es la boca una de las principales zonas del cuerpo a la hora de explorar el entorno y sus elementos, y esto explicaría la propensión de los más pequeños a intentar "morderlo" todo. En la boca es el órgano más observable para lograr esto, pero a vista, el oído y el tacto son los aparatos de incorporación. La madre es la fuente más importante de gratificación y frustración oral. La primera unión importante se produce con la persona que puede eliminar el dolor al darle de comer y el amor percibido. Más tarde, cualquier pérdida que simbólicamente represente comida y amor puede ser causa de un estado de depresión.

Desde el nacimiento en adelante, al experimentar las experiencias en el mundo en el que vive, la mente del niño será progresivamente estructurada. En un principio, conoce sus solos deseos y exige que se le satisfaga. A esta área de deseos y exige que se le satisfaga. A esta área se le considera una estructura denominada el id o ello. Cuando el niño experimenta el displacer del mundo real ante sus exigencias, comienza a formarse la estructura mental más importante; a esta se le llama ego o yo. La fuerza o debilidad de esta estructura determinará en último término lo bien que viva consigo mismo y funcione en el medio. Más tarde llegará una estructura llamada súper ego o superyó.^{45, 49}

Etapa anal: Esta etapa se produce desde el fin de la etapa oral y hasta los 3 años de edad. Se trata de la fase en la que se empiezan a controlar el esfínter en la defecación. Para Freud, esta actividad está vinculada al placer y la sexualidad. El ano es el centro de las sensaciones placenteras en el cuerpo del bebe, y el entrenamiento para el control de esfínteres es la actividad más importante. El niño toma consciencia de su poder para decidir si depositará sus excreciones en un lugar indicado por su madre o si continuará ensuciando los pañales.^{49, 50}

Etapa fálica: Esta fase dura entre los 3 y los 6 años, y su zona erógena asociada es la de los genitales, la cual se convierte en la parte más importante del

cuerpo del bebe y el placer deriva de la estimulación genital. Los niños se sienten orgullosos de sus penes y las niñas se preguntan por qué ellas no tienen uno. Freud relacionó esta fase con la aparición del "complejo de Edipo", en el que los niños varones sienten atracción hacia la persona que ejerce el rol de madre y sienten celos y miedo hacia la persona que ejerce el rol de padre. En cuanto a las niñas que pasan por esta etapa del desarrollo psicosexual Freud "adaptó ligeramente la idea con Complejo de Edipo para englobar a estas, a pesar de que el concepto había sido desarrollado para que cobrase sentido principalmente en los varones.^{49, 51}

Etapa de latencia: Esta fase empieza hacia los 7 años y se extiende hasta el inicio de la pubertad, durante la cual las necesidades sexuales están inactivas y los niños canalizan toda su energía psíquica en actividades convencionales como la escuela y los deportes. Freud describía esta fase como una en la que la sexualidad queda más camuflada que en las anteriores, la etapa de latencia ha estado asociada a la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad.^{49, 51}

Etapa genital: La etapa genital aparece con la pubertad y se prolonga en adelante. Está relacionada con los cambios físicos que acompañan a la adolescencia. Además, en esta fase del desarrollo psicosexual el deseo relacionado con lo sexual se vuelve tan intenso que no se puede reprimir con la misma eficacia que en etapas anteriores. La zona erógena relacionada con este momento vital vuelve a ser la de los genitales, pero a diferencia de lo que ocurre en la fase fálica, aquí ya se han desarrollado las competencias necesarias para expresar la sexualidad a través de vínculos de unión de carácter más abstracto y simbólico que tienen que ver con el consenso y el apego con otras personas. Es el nacimiento de la sexualidad adulta, en contraposición a otra ligada solo a las simples gratificaciones instantáneas y obtenidas mediante actividades estereotípicas.⁴⁹

- **Segundo periodo.** Etapa de latencia comprende desde los 6 hasta los 12 años. Después de un periodo turbulento en el que el niño y la niña pasan por distintas crisis y deben resolver varias tareas referidas la sexualidad, viene una calma que se extiende hasta la pubertad. Esta desaparece al

presentarse un renovado interés por la sexualidad con la aparición de los cambios físicos que ocurren durante el inicio de la adolescencia.⁴⁵

3.3.3 Desarrollo psicosocial (Erick Erickson): Erickson planteó que la identidad (el Yo) de los seres humanos se desarrolla en base a su interacción con su ambiente; pensaba que la fisiología del vivir, es decir la interacción ininterrumpida de todas las partes, está gobernada por una relatividad que hace que cada proceso dependa de los otros. Su hipótesis se fundamenta en que las personas son seres activos buscando adaptarse al ambiente en que viven y en base a este concepto desarrolló su teoría acerca del desarrollo de la personalidad que denominó Teoría Psicosocial.⁵²

Las ocho etapas psicosociales del desarrollo de Erickson son:

a) Confianza vs. Desconfianza (0-1 años): es el conflicto básico del recién nacido, en los primeros meses de vida, el bebé descubrirá si puede o no confiar en el mundo que lo rodea. La proximidad y respuesta de los padres contribuye a desarrollar esa seguridad. Se estima que con esta base el niño será seguro de sí mismo y menos dependiente.

Para Erickson, más que la cantidad de alimentos y demostraciones de cariño, es importante la calidad de la relación materna y paterna.⁷

b) Autonomía vs. Vergüenza e incertidumbre (1-2 años): esta segunda etapa marca el principio de autocontrol y confianza es si mismos, los niños empiezan a hacer más cosas en forma independiente desarrollando habilidades físicas y mentales les dan un mayor control sobre sus propias vidas activamente, en las fases finales del periodo sensorio-motor de Piaget, están luchando por su autonomía. Si los adultos no mantienen una actitud tranquilizadora y de confianza y no estimulan los esfuerzos para conseguir logros básicos motores y cognitivos, el niño puede avergonzarse y dudar de sus capacidades para manejar situaciones por esfuerzo propio, pudiendo esta característica marcar el modo de hacer las cosas en los sueños por venir.⁷

- c) Iniciativa vs. Culpabilidad (2-6 años):** la iniciativa suma a la autonomía la cualidad de búsqueda y planificación de tareas por propio deseo, y con ella el descubrimiento de que algunas actividades están prohibidas, por eso el niño tiene el conflicto entre lo que desea y puede, o no, hacer. El desafío de este periodo es mantener el entusiasmo por hacer cosas al mismo tiempo que comprender que no todos los impulsos son posibles.⁷
- d) Laboriosidad vs. Inferioridad (6-12 años):** en los años escolares los niños desarrollan el sentido de productividad. Según Erickson, empiezan a ver la relación entre perseverancia y el placer del trabajo terminado. El juego ha satisfecho a los niños hasta aquí, pero ahora desean hacer trabajo productivo y están listos para esto, física y mentalmente. Las relaciones significativas para este periodo son la escuela, el vecindario, la modalidad de acción es aquella de completar, de hacer cosas junto con otro. Pero, al mismo tiempo les introduce los fundamentos de la tecnología, a la instrucción formal y sistemática y se familiariza con la cultura escolar, está la inevitable circunstancia de que sus habilidades serán comparadas con otros con un sentido de competitividad, las dificultades ante estos desafíos pueden resultar en sentimientos de desilusión e inferioridad.⁷
- e) Identidad vs. Confusión (Adolescencia):** esta crisis, la de la identidad, se inicia en edades con grandes diferencias debidas al sexo y otras determinantes socioculturales. Así sus fronteras de inicio y término son menos definidas.⁷
- El asunto central en la adolescencia es el desarrollo de una identidad que provea una base sólida para la vida adulta, en esta etapa se observa que el primer esfuerzo consciente para responder una pregunta apremiante ¿Quién soy yo?⁷
- f) Intimidad vs. Aislamiento:** es la etapa propia del adulto joven, expresa el deseo de relacionarse con otra persona en un nivel profundo, una relación basada no solo en necesidades mutuas, significa dar y compartir,

sin preguntar que se recibe a cambio. Si alguien no tiene resuelta su crisis de identidad temerá ser absorbido por la otra persona y se aísla.

g) Creatividad vs. Apatía: esta fase muestra la habilidad de cuidar a otras personas y preocuparse por las otras generaciones. Es un compromiso ancho con todo mundo, que la sabiduría popular reconoce como las tareas del adulto, tener un hijo, escribir un libro, la preocupación por hacer un futuro mejor.⁷

h) Integridad vs. Desesperación: es la última crisis según Erickson. Integridad se utiliza como expresión de la consolidación de la persona, de total autoafirmación, su lugar responsable en su particular cultura e historia, con un sentimiento de realización del íntimo convencimiento que se ha obrado lo mejor posible dadas las circunstancias. Aquellos que no han obtenido ese estado caen en la desesperación y el temor a la muerte

^{7,53}

Freud y Erickson pensaban que las impulsiones inconscientes y las experiencias tempranas conformaban la personalidad y moldeaban la conducta. Los conductistas pusieron acento en las experiencias del pasado más reciente y se enfocaban en el aprendizaje por asociación, por reforzamiento y observación. La teoría de cognitiva sostiene que, para entender a una persona, uno debe entender cómo piensa esa persona. Según Piaget, la cognición se desarrolla en cuatro etapas consecutivas; según la teoría del procesamiento de la información, de una multiplicidad de componentes eventualmente surgen ideas y percepciones importantes ⁷

3.3.4 Influencia del contexto sociocultural (Vygotsky): De acuerdo con Vygotsky propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como la síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia cultural. En sus propios términos expresa “el proceso de desarrollo cultural puede definirse en cuanto a su contenido, como el desarrollo de la personalidad del niño y de la concepción del mundo”. La discusión se focalizará en el origen social y la naturaleza social de las funciones superiores de la mente en conjunción con la cultura. De acuerdo con el planteamiento dialéctico

de Vygotsky, el desarrollo es producto de las interacciones que se establecen entre la persona que aprende y los otros individuos mediadores de la cultura. De tal manera, la educación constituye una de las fuentes más importantes para el desarrollo de los miembros de la especie humana, al privilegiar los vínculos entre los factores sociales, culturales e históricos, y su incidencia sobre el desarrollo intrapsíquico.⁵⁴

Vygotsky estudió las competencias cognitivas de personas de muchos grupos étnicos y también de niños con discapacidades especiales y sin ellas. Estudio como usaban las herramientas los granjeros, como expresaban sus ideas abstractas las personas analfabetas, como aprendían en la escuela los niños con distintas capacidades. Desde esta perspectiva, cada persona, escolarizado o no, se desarrolla con la guía de miembros habilitados de la sociedad, que son los tutores, maestros o mentores de los aprendices del pensamiento.⁴⁷

Para describir este proceso, Vygotsky desarrolló el concepto de participación guiada, un método utilizado por padres, maestros y sociedades enteras para enseñar a los novatos las destrezas y costumbres que son esperables dentro de cada cultura en particular. Los tutores involucran a los aprendices (novatos) en actividades conjuntas, no solo ofreciéndole educación, sino un “compromiso mutuo en varias prácticas culturales ampliamente difundidas con mucha importancia para el aprendizaje: narración, rutinas y juego. El aprendizaje activo es el concepto central de la teoría sociocultural porque cada persona depende de otra persona para aprender. Este proceso es informal, universal y social.⁴⁷

Según los teóricos socioculturales, todos los patrones culturales y las creencias son construcciones sociales, no leyes naturales. Piensan que las costumbres son poderosas, que moldean el desarrollo de cada persona, y también creen que se deben modificar algunas suposiciones para permitir un desarrollo más saludable de la gente. Vygotsky remarcaba este punto argumentando que los niños con capacidades mentales o físicas debían ser educados, una creencia que no es aceptada en muchos países.⁵⁵

Vygotsky fue el primer especialista del desarrollo en resaltar otro aspecto de la cognición temprana: que el pensamiento de los niños, en lugar de ser egocéntrico, se apoya en los deseos y las emociones de otros. El destaco los aspectos socioculturales que moldean la forma de adquirir el conocimiento, a diferencia de Piaget, quien estudio más los aspectos individuales.⁵⁵

Esto llevo a Vygotsky a buscar cómo interpretar las diferencias culturales reconociendo que “el contexto social en el que se lleva a cabo la experiencia es una parte fundamental para determinar la manera en que una persona piensa y actúa”.

Según Vygotsky, los niños aprenden cuando sus mentores hacen lo siguiente:

- Presentan desafíos
- Ofrecen ayuda (sin anular al aprendiz)
- Aportan información relevante
- Estimulan motivación ⁵⁵

3.3.5 Teoría cognoscitiva de Margaret Mahler: Una de las aportaciones más importantes de este modelo es establecer la diferencia entre el nacimiento biológico y psicológico, haciendo énfasis en la importancia de los primeros meses de vida en relación con la madre, con quien se establece una simbiosis o fusión, necesarias para desarrollar las herramientas para una vida independiente. Mahler divide el desarrollo en tres fases:

1° Fase de predominancia biológica: Desde el nacimiento hasta la cuarta semana, los fenómenos biológicos predominan. Él bebe puede estar sumido en un estado de somnolencia del que emerge sólo al realizar las actividades necesarias para mantener el equilibrio fisiológico. No hay capacidad para percibir el objeto externo satisfactorio.⁴⁷

2° Fase simbiótica: Va del mes a los 5 meses aproximadamente. Los estímulos que percibe él bebe los empieza a percibir como placenteros y displacenteros, esto da paso a la demarcación del “yo corporal”. El principal logro

de esta fase es pasar la energía de sí mismo hacia su madre dándole a ella un valor satisfactorio de sus necesidades.⁴⁷

3° Fase de separación- individualización: Va de los 6 meses aproximadamente. Él bebe comienza a reaccionar con ansiedad ante la presencia de personas extrañas. Se presenta la adquisición de una individualidad distinta.⁴⁷

3.4 Clasificación del paciente según su conducta

Los temas de conducta y su modificación no son nuevos en odontología, sin embargo, con la aparición de la ciencia de la conducta esto ha ayudado al dentista a dar la oportunidad de no solo comprender y manejar la conducta del niño, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar la respuesta apropiada en el niño.

El odontólogo debe comprender primero el desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta.

Diversos autores han clasificado a los pacientes en diversos tipos según su conducta, entre estas clasificaciones podemos encontrar la de Wrigth, Lamsphire y Frankl, entre otras.⁵⁶

3.4.1 Wrigth (1975): La clasificación de Wrigth resulta ser la más sencilla al establecer categorías:

- **Paciente cooperador:** Aquellos que mediante una breve explicación colaboran.
- **Paciente potencialmente cooperador:** Niños muy pequeños.
- **Paciente sin habilidad para cooperar:** Descontrolados, desafiante, lloroso.⁴²

3.4.2 Lamsphire: Incluye 7 categorías.

- **Paciente cooperador:** Niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la consulta, sin importar el tratamiento realizado

- **Paciente tenso cooperador:** Niños que están tensos pero que, sin embargo, cooperan.
- **Paciente aprehensivo exteriorizado:** Los que se esconden detrás de sus madres en las salas de recepción, usan técnicas obstaculizadoras y evitan mirar o hablar con el dentista.
- **Paciente miedoso:** Niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica. El Modelamiento, la desensibilización y otras técnicas de la modificación de la conducta están indicadas.
- **Paciente terco o desafiante:** Niños que resisten o tratan de evadir pasivamente el tratamiento por el uso de técnicas que les han dado resultados exitosos en otras situaciones.
- **Paciente hiperactivo:** Niños que están agitados y adoptan una estrategia defensiva de “lucha” como gritos o pataleos.
- **Paciente excepcional:** Niños que son física, mental o emocionalmente impedidos.⁴²

3.4.3 Frankl: Divide la conducta en una escala de cuatro categorías que a continuación se mencionan:

- **Frankl IV:** Paciente con comportamiento definitivamente positivo. Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta.
- **Frankl III:** Paciente con comportamiento positivo. Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando.
- **Frankl II:** Paciente con comportamiento negativo. Difícilmente acepta el tratamiento, o coopera, tiene alguna evidencia de actitudes negativas, pero no pronunciadas.
- **Frankl I:** Paciente con comportamiento definitivamente negativo. Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, está temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

CAPÍTULO 4.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN DENTAL

Comúnmente, cuando los niños son conducidos de forma adecuada durante la consulta dental, se comportan de manera favorable para la realización de los procedimientos odontológicos. Sin embargo, en algunas ocasiones, debido a distintos factores, pueden presentarse algunos factores que influyen en el comportamiento del niño durante su atención.⁴⁴

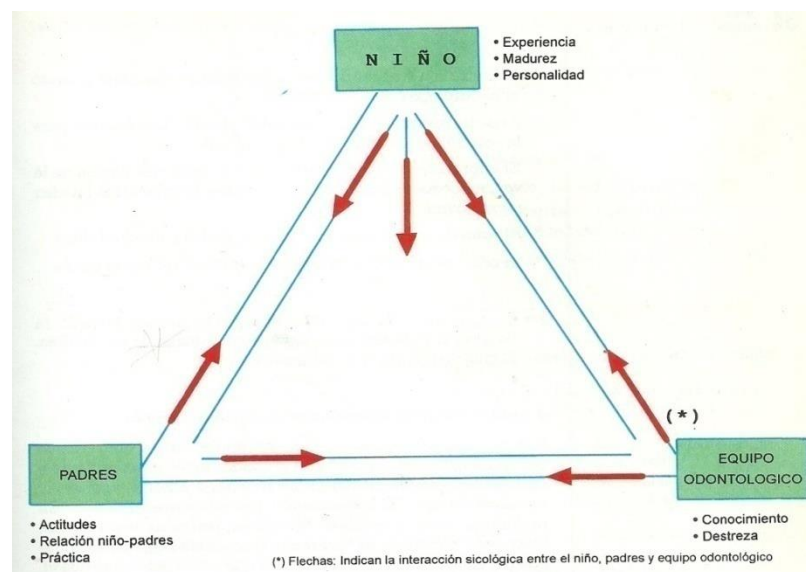


Figura 4.1. Factores que influyen en el comportamiento del niño
Fuente: Castillo MR. Manual de odontología pediátrica.

4.1 Ansiedad

La ansiedad es entendida como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos, que serían manifestación de un contenido intrapsíquico. La ansiedad sería un sentimiento de miedo, donde en muchas ocasiones uno no identifica las razones de dicho sentimiento, lo que aumenta ostensiblemente la angustia manifestada.⁵⁷

Por otro lado, Horacio (2002) define la ansiedad como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se evidencia como una amenaza inminente.

Entre las posibles causas de ansiedad se encuentran:

- Edad
- Sexo
- Temperamento
- Experiencias negativas ⁵⁸

La ansiedad puede ser:

Sana: esta se asocia a miedos que nos preservan la vida. Estos se producen por experiencias previas u observación.⁵⁹

Patológica: esta representadas por fobias o manías y está ligada a una situación o estímulo concreto o puede ser generalizada.⁵⁹

La ansiedad se desencadena dependiendo del tratamiento que se realice, así podemos decir que el mayor riesgo de ansiedad se da por la complejidad del tratamiento a realizar.⁵⁹

Componentes de la ansiedad

Se manifiesta con 3 componentes básicos:

Sistema motor: implica las conductas motoras, externas, que ocurren como incremento de la activación (temblar, tartamudear, etc.) o como medio de escape (huir, no acercarse, etc.).

Cognitivo: lo que el individuo piensa o siente en esa situación (temor, malestar, etc.)

Sistema fisiológico: tales como el aumento del gasto cardíaco, de la presión sanguínea, etc.⁶⁰

La ansiedad es un factor que puede afectar no solo al niño, sino también al profesional de la salud y su auxiliar en la atención.

Influencia de la ansiedad en el odontólogo: el profesional puede sentir un nivel mayor de ansiedad cuando espera la visita de un niño pequeño. Los niños pequeños, sin saberlo, pueden intimidar a los adultos. Quizá se trate de una preocupación por el potencial de fracaso hará concluir el tratamiento necesario.⁵⁰

El alumno puede llegar a tener periodos de ansiedad, sobre todo cuando se enfrenta a pacientes poco cooperadores y con un alto grado de dificultad para su atención.

La ansiedad por parte del odontólogo influirá sobre el grado de seguridad de sí mismo que sea capaz de demostrar, y esta a su vez influirá sobre quienes la rodea.⁵⁰

Influencia de la ansiedad sobre el asistente: un odontólogo que confía en sí mismo estimulara auxiliares que confíen en ellos mismos. Por el contrario, el personal se mostrará indeciso e inseguro al abordar a los niños si el odontólogo es ansioso e incapaz de inspirar confianza.⁵⁰

En la práctica clínica es muy importante el control de la ansiedad ya que puede afectar directamente en la conducta de niño y con esto también transmitir ese mismo sentir ya sea al odontólogo o su asistente.

El resultado de disminuir los niveles de ansiedad nos dará citas cortas y experiencias más agradables en la consulta evitando posibles experiencias traumáticas posteriores.

4.2 Miedo

Es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.

Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza.⁶¹

Tipos de miedo

Miedo innato o arcaico: está asociado a ruidos intensos y repetidos, a la pérdida del equilibrio y a objetos que se acercan con rapidez. Estos se asocian a

los ruidos producidos en el consultorio dental ya sea el instrumental golpeando, ruido de la pieza de alta o baja, micromotor, o el sentir la pérdida del equilibrio al bajar el sillón.⁶²

Miedo a lo desconocido: estos miedos son muy comunes durante la supervivencia. Es una vivencia innata de los seres humanos; cumple con la función de adaptación, ya que ayuda a poner en marcha todos los recursos frente a situaciones inesperadas. El niño se adaptará a estas experiencias a medida que se van haciendo familiares y así las podrá superar.⁶²

Algunas de las principales causas de miedo según la etapa de desarrollo:

Primera infancia: ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, personales, lugares u objetos extraños, lugares altos, soledad, dolor.

Periodo preescolar: se presentan temores específicos; médicos, dentistas, policías, fantasmas, monstruos, este último con el Progreso de la capacidad de imaginar.

Periodo preescolar tardío: a la oscuridad, quedarse solo, a lo imaginario y sobrenatural.

Periodo escolar: además del temor imaginario hay temor a los elementos naturales (truenos, rayos, tempestad). Daño corporal, al ridículo, los fracasos y deterioro de la autoestima.⁷

Es muy común que los pacientes se presenten a la consulta con miedo ya sea por experiencias previas o porque es algo nuevo para ellos, pero es importante que se controle ese miedo principalmente generando confianza al paciente e ir poco a poco en los tratamientos.

Normalmente el miedo viene acompañado de ansiedad, pero son diferentes ya que el miedo deriva de situaciones específicas y la ansiedad es una sensación de amenaza de naturaleza desconocida.

4.3 Rabietas

Son comportamientos o arrebatos emocionales perturbadores o desagradables. Se presentan con frecuencia en respuesta a deseos o necesidades insatisfechas. Las rabietas tienen mayor probabilidad de presentarse en niños pequeños o en alguien que no pueda expresar sus necesidades o controlar sus emociones cuando está frustrado.⁶³

Las rabietas son muy comunes cuando el niño proviene de padres sobre protectores e indulgentes debido a que este tipo de padres pretende satisfacer los caprichos que el niño desea para evitar lidiar con problemas.

Cuando el niño presenta rabietas en la consulta es complicada su atención tanto que se puede llegar a finalizar la sesión por petición de los padres.

Es muy común que los niños hagan rabietas, pero a veces solo es cuestión de mostrar la autoridad en él para que este controle sus emociones.

4.4 Fobia

Consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Por ejemplo: miedo a volar, a la altura, vértigo, precipicios, espacios cerrados (claustrofobia), oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre, ir al dentista, etc.⁶⁴

Comúnmente la principal fobia que presentan es la aplicación de la anestesia, ya sea por la relación con el dolor e irritabilidad que sienten el momento de la consulta.

Necesariamente es de mayor importancia tratar este sentimiento de temor intenso mediante métodos de distracción y analogías que sean comprensibles para el niño.

En casos más extremos lo recomendable es solicitar a los padres que se lleve a una interconsulta con un psicólogo para en conjunto tratar este problema.

4.5 El llanto

El llanto es una de las principales formas de comunicación ante cualquier tipo de malestar. Es la principal reacción que con frecuencia tienen los niños frente a la ansiedad o miedo. En odontología es la primera reacción que se observa por lo que es necesario reconocer los tipos de llanto que pueden presentar.

Tipos de llanto:

- **Llanto atemorizado:** Este llanto se caracteriza por tener abundantes lágrimas, vocalización lastimera, quejas, solicitud de llamar la atención del tutor, realiza movimientos con la cabeza para evitar cualquier situación, así como también cubre su rostro con las manos evitando el contacto visual con el operador.
- **Llanto herido con poco volumen:** Es un llanto en el cual el niño va a respirar de forma alterada y va a tener movimientos de las manos y sus extremidades van a estar tensas.
- **Llanto obstinado:** Va a consistir en un llanto fuerte, con órdenes, amenazas, gritos, movimientos de la musculatura y se observa una conducta agresiva con actitud desobediente tipo pataleta.
- **Llanto compensador:** Este tipo de llanto es muy distinto ya que va a consistir en una serie de sonidos que más bien sirven para compensar, neutralizar los ruidos que se producen por los equipos o instrumentos odontológicos.⁵⁹

4.6 Actitud del odontólogo y su asistente

Los niños son muy receptivos de lo que los rodean e influye todo en su comportamiento por lo que la primera impresión que les transmiten los profesionales de la salud condicionara su actitud durante la consulta odontológica.

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas e identifican rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia su atención y esto los desalentará aún más. El odontólogo debe asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar a niños sin producir traumas, ya que él sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud. ^{1,65}

Algunas de las causas que pueden influir de manera negativa por parte del odontólogo y su asistente en el comportamiento del niño son:

- La falta de competencias profesionales (conocimientos y habilidades) del especialista, lo cual puede interferir para que el paciente no sea guiado de manera adecuada durante la consulta y por lo tanto provocar un comportamiento no favorable.
- El asistir a un lugar o espacio desconocido, (consultorio dental) provoca ansiedad en el paciente.
- Estar ante la presencia de una persona desconocida (odontólogo) vestida de “doctor”, lo que solo le remite a “curación” y a “dolor”.
- La falta de paciencia y tolerancia necesarias, por parte del profesional. ⁶⁶

La manera como se conduzca el personal auxiliar debe estar directamente relacionada al comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener en claro lo que está sucediendo en el consultorio.

Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener una apariencia agradable.⁶⁵

Si se trabaja en conjunto el odontólogo y el asistente, podrán crear un ambiente agradable para el niño y le darán confianza y tranquilidad en la atención.

4.7 Ambiente físico y atmósfera

Una ambientación creada para los pacientes pediátricos les da más seguridad y los hará sentir que están en un ambiente agradable y fuera de peligro.

Las áreas de odontopediatría deben constar con los mismos implementos y espacios destinados para actividades odontológicas normales, pero deben estar encaminados con creatividad para lograr la captación y percepción total de la atención del niño, de manera que la consulta sea más llevadera y dinámica.⁶⁷

El consultorio debe brindar al paciente pediátrico la mayor comodidad, confort y relajación al momento de la atención dental ya que este paso es muy importante para que el niño se sienta motivado para aportar conductualmente con el odontólogo y esté preparado psicológicamente para posteriores citas.⁶⁷

La ambientación de preferencia debe ir de acuerdo a los personajes del momento para incluso poder entablar una conversación en los personajes que más les gustan a los niños. Esto genera más empatía por parte del odontólogo.

También se debe cuidar que los colores no sean demasiado exagerados y acorde a ambientes de tranquilidad.

4.8 Duración y hora de la cita

Se aconseja que las citas no sean demasiado largas, sobre todo en niños más pequeños. El niño a veces, se agota cuando la cita tiene una duración muy prolongada. Su participación va deteriorándose porque su entusiasmo y el conocimiento de lo que hay alrededor de él va saturándose. En cuanto a la hora de la cita, por la mañana son preferibles, ya que no están tan cansados como por la

tarde y pueden ofrecer mayor rendimiento. Además, el odontólogo está menos cansado, y por ello mejor preparado para enfrentarse a conductas negativas.⁴⁶

Siempre se debe considerar el tiempo y la hora de duración para optimizar la rapidez de la realización de los tratamientos y que el niño no se canse o se frustre por estar mucho tiempo en consulta.

4.9 Experiencias Traumáticas

Se asocian a experiencias previas desagradables que haya experimentado el niño o los familiares. Estos pudieron ocurrir en consultorios, médicos, odontológicos, en hospitales y persiste el temor a que se repita una situación similar.⁶²

Las experiencias previas negativas pueden desarrollar miedo o fobia, lo cual suponen una dificultad para conseguir un buen comportamiento por parte del niño y que el profesional no pueda realizar su trabajo.⁶⁸

Este factor es tal vez el más difícil de corregir, ya que el niño experimenta en “carne propia”, que tal o cual procedimiento es molesto o doloroso o simplemente desagradable.⁵⁶ Es por esto que el odontólogo debe obtener la mayor información posible de la experiencia previa para enfocar los tratamientos.⁶⁸

4.10 La influencia de los padres

Aunque son ambos padres los que juegan un importante rol en el desarrollo psicológico de sus hijos, es la madre quien ejerce más influencia, debido al mayor contacto que tiene con ellos. Este papel puede ser de doble efecto, algunas veces sirve de gran apoyo, por su comprensión en el profesional y otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza un buen manejo del niño.⁶⁹

4.11 Tipos de padres: De acuerdo con diversos autores como Escobar, Wright, Starkey, Gardner y Baumrind, existen los siguientes tipos de padres:

- **Padres con sobreafecto:** Con frecuencia sucede cuando son hijos únicos o que fueron concebidos a una edad muy avanzada, niños adoptados, o si es el último integrante de la familia, estos niños son los que presentan un desarrollo inadecuado para ser parte de la escuela e incluso del propio hogar. En la consulta presentarán algún tipo de temor y recurrirán a los padres o al representante que este con él en ese momento, por lo que buscara el contacto con su acompañante y no querrá que se aparte en el momento del tratamiento.⁵⁹

- **Padres sobreindulgentes:** Los padres tratan de compensar las carencias de su infancia de tal manera que le dan todo a su hijo, cuando los padres están con su hijo eligen complacerlos y no tener dificultades con los infantes, el resultado será que este niño sea exigente y demandante, todo esto será reflejado en la atención ya que impiden que transcurra con normalidad. ⁵⁹

- **Padres autoritarios:** Son los que valoran el control y la obediencia incuestionable. Tratan de hacer que los niños se sujeten a una norma de conducta establecida y los castigan arbitraria y enérgicamente cuando la infringen. Los niños suelen manifestar más descontento, retraimiento y desconfianza.^{70, 71}

- **Padres permisivos:** Son aquellos que valoran la autoexpresión y autorregulación. Exigen poco y dejan que los niños revisen sus propias actividades. Cuando tienen que imponer reglas, explican las razones. Consultan a los hijos las decisiones relacionadas con las normas y pocas veces castigan. Son cálidos, no controladores y son poco exigentes. Los niños suelen ser inmaduros, son los que menos control ejercen sobre su persona y los que menos exploran.^{70, 71}

- **Padres autoritativos:** Son los que valoran la individual de sus hijos, pero también señalan las limitaciones sociales. Confían en su capacidad para

orientarlos, pero también respetan las decisiones de independencia, los intereses, las opiniones y la personalidad de los niños. Son cariñosos e indulgentes, pero también exigen un buen comportamiento; mantienen con firmeza las normas e imponen con sensatez castigos limitados cuando es necesario en contexto de una relación cálida y de apoyo.^{70, 71}

- **Padres negligentes o indiferentes** Son aquellos que, en algunas ocasiones, por tensión o depresión se enfocan en sus propias necesidades y no las del hijo. Los padres negligentes suelen ser apáticos, incompetentes, irresponsables o emocionalmente aislados. Es común que el niño sea de temperamento difícil y que responda poco.^{70, 71}
- **Padres sobreprotectores:** La actitud de los padres sobreprotectores a menudo impiden el progreso natural del niño hacia su independencia. Normalmente cuando se les describe a los padres las normas de atención por lo general, no ayuda en nada y pueden poner barreras entre la relación de los padres y el odontólogo. En consecuencia, el niño se comportará de una forma autoritaria controlando la situación y sin compartir con otros niños su misma condición, pretende manipular y guiar al especialista en todo lo que se le va a realizar, evitando los procedimientos odontológicos, estos niños tienen falta de disciplina y por ende no colaboran por la sobreprotección y actitud que presenta su acompañante.⁵⁹
- **Padres manejadores:** El comportamiento manipulador se manifiesta con actitudes demasiado exigentes. Estas exigencias pueden ser contrarias a las normas de atención por lo que el odontólogo debe regular la situación y manejar a los padres informándoles lo que se debe realizar.⁷²
- **Padres hostiles:** Esta conducta la demuestran los padres que cuestionan la necesidad de tratamiento. Estas reacciones hostiles son resultado de: malas experiencias personales, negativismo general hacia los profesionales de la salud, sentimientos de inseguridad en un ambiente extraño o error de conceptos de la odontología. Es importante que el odontólogo tenga

paciencia con este tipo de padres, por qué puede ser que el padre simplemente no entienda el tratamiento que se le realizará.⁷²

4.12 Presencia o ausencia de los padres o acompañantes en la consulta dental

La presencia de los padres durante el tratamiento dental de los niños es un tema delicado e importante. En algunas ocasiones su presencia supone una gran ayuda como en el caso de niños muy pequeños que sienten terror ante la separación de la madre. Sin embargo, conforme el niño se hace mayor, la presencia de los padres puede influir negativamente en su conducta, sobre todo en el caso de madres o padres ansiosos, excesivamente dominantes o con algún rasgo agresivo.⁷³ Para ellos es necesario establecer muy bien las indicaciones de las situaciones en las que se debe permitir y estimular la presencia de un acompañante y también la situación en las que se debe evitar esta presencia y hasta recomendarla como una necesidad.⁶⁹

Es necesaria la presencia de un acompañante:

- En la visita inicial del paciente infantil
- En pacientes receptivos tímidos
- En pacientes con algún impedimento físico y/o mental
- En pacientes con padres desconfiados ⁶⁹

Es importante señalar que:

- Si los padres no pueden o no quieren prestar el apoyo adecuado, puede que sea mejor que esperen fuera de la sala. Conviene señalar que nunca se puede denegar el acceso paterno a sus hijos.
- Cuando el niño tiene otros hermanos, que disfrutan o soportan el tratamiento odontológico, a menudo resulta útil usarlos como modelos.⁷⁴

Se debe enfatizar que la presencia de un acompañante cuando se trata de niños en edad escolar, es más negativa que positiva. A final de cuentas, lo que se desea es darle al niño la oportunidad de desarrollar su propia personalidad y su autoconfianza, que lo logra cuando no tiene un interlocutor a su lado.⁶⁹

4.13 Influencia de la escuela

Existe una diferencia entre los niños que van al preescolar y los niños que van directamente a la escuela. La diferencia es que los niños que ingresan a una edad temprana a la guardería están en contacto con otros niños de su edad tienen la ventaja de que se relacionan, juegan y conversan, por lo que en el campo de la salud es más fácil la comunicación con ellos ya que se comunican mejor, en cambio los que no van a la escuela a temprana edad son tímidos y no se desenvuelven bien en la sociedad.⁵⁹

La influencia de este factor puede ser positiva, sobre todo cuando la información llega correctamente y sin duda. Los maestros tienen un rol importante para orientar adecuadamente la información al niño y a sus padres, preparándolos para futuras experiencias. Sin embargo, puede ocurrir que la información llegue de forma malévolamente, causando una imagen negativa del odontólogo y creando al mismo tiempo, un miedo subjetivo ante experiencias no vividas.⁵⁹

CAPÍTULO 5.

TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA

NO FARMACOLÓGICAS

Un niño puede aceptar pasivamente o rechazar el abordaje en el consultorio dental. Los niños muy pequeños o emocionalmente inmaduros no comprenden la necesidad del tratamiento y no han desarrollado la capacidad para asumir una nueva situación. La respuesta del niño a la experiencia dental puede provocar cambios fisiológicos como un incremento en la transpiración, así como en el ritmo cardiaco. Para ello se pueden aplicar diferentes técnicas diseñadas para guiar la conducta del niño, hay una gran variedad de técnicas documentadas, las cuales ayudan de manera fiable al odontólogo al adecuado cuidado de los pacientes para superar conductas difíciles y problemas de ansiedad que se presenten durante la atención.^{2, 47}

Dichas técnicas están clasificadas de la siguiente manera:

1. Técnicas de comunicación
2. Técnicas de modificación de la conducta
3. Técnicas de limitación²

5.1 Técnicas de comunicación

La comunicación es la base para tener como objetivo dirigir la conducta del niño. Es necesario que el profesional desarrolle habilidades verbales y paraverbales. Debe establecer contacto visual, sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño, dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona. La conversación debe ser natural y agradable, interesados sobre sus gustos y actividades. Para conocer más del niño y saber qué temas tratar con él, es necesario informarnos con ayuda de los padres antes del tratamiento. Por otra parte, la observación de la actitud del padre en la consulta nos dará una pista de la conducta a esperar en el niño.⁴⁶

5.1.1 Lenguaje pediátrico: Se denomina lenguaje pediátrico al hablar con el niño en odontopediatría. El lenguaje utilizado con cada niño será adaptado de acuerdo a

su edad; este puede ser un poco fantasioso con el fin de que sea explícito para él. Cuando se habla con el paciente es importante no engañar o mentir. Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado, siempre cuidando que sea claro y conciso.⁴⁶

Es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello puede incrementar su ansiedad. Es de suma importancia pronunciar las palabras despacio y claramente al niño. Al hablar con el debemos cuidar las palabras que no sean aptas a su entendimiento o que inspiren miedo al niño como sangre, aguja, inyección, dolor, entre otras.²

En la siguiente tabla se muestran algunos términos que pueden ser adaptados a un vocabulario pediátrico para la comprensión del niño:

Tabla 5.1 Ejemplos de lenguaje pediátrico

Términos dentales	Lenguaje pediátrico
Pieza de mano	Avión, cepillo, zumbido
Anestésico	Pellizco, apretón, abeja
Explorador	Contador de dientes
Dique de hule	Portería, paraguas
Grapa	Anillo, mariposa
Anestesia	Hormiguitas
Corona de acero-cromo	Casita, diente de plata, gorra
Equipo de rayos x	Cámara de fotografía
Radiografía	Fotografía
Amalgama	Diente de plata

Fuentes: Juárez LLA, Uribe P JL, López JMG, De León VA, Servín HS, Zepeda MT. Atención estomatológica del niño en la primera infancia, Barbería LE, Boj QJR, Catalá PM, García BC, Mendoza MA. Odontopediatría, Boj JR, Catalá M, García BC, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.



Figura 5.1 Lenguaje pediátrico
*FD

5.1.2 Decir-Mostrar-Hacer: Es una adaptación de la técnica de sensibilización para el tratamiento odontológico. Esta técnica se utiliza principalmente en los pacientes que acuden por primera vez a consulta, o que habiéndolo hecho antes no se les explicó cómo sería la experiencia en el ambiente odontológico. Con la técnica se logra familiarizar al niño con el ambiente odontológico y se obtiene la respuesta, a través de la sensibilización.⁴²

Esta técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá.⁴⁷

Ejemplo: para la realización de una radiografía dental. Decir: “voy a tomar una foto de tus dientes, con esta cámara de fotos (aparato de RX). Tendrás que estar quieto algunos momentos para hacer la foto y después ya podrás moverte. Mostrar: Puedes, si quieres, tocar este papel (película de RX) que es blando y cómo ves es pequeño para sólo tomar la foto de tus dientes. Hacer: Bien ahora deja que te tome esta foto, gracias”.⁴⁶



Figura 5.2. Técnica Decir-Mostrar-Hacer
Fuente: Castillo MR, Guido PMP, Kanashiro IC, Perea PM, Silva ERF. Estomatología Pediátrica.

5.1.3 Distracción: Se puede definir como un elemento activo que debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño sobre algún procedimiento. Su objetivo

es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.⁴⁶

Se pueden utilizar diversos medios como darle al paciente un descanso, contarle un cuento, ver una película, escuchar música o colocar imágenes en el techo para que se distraiga durante el tratamiento dental. Para cuando se tiene que realizar algún procedimiento donde vaya a haber una molestia se puede hacer coincidir con algún movimiento que se le pida realizar, ya sea mover alguna parte del cuerpo o algún elemento que se le haya entregado con anticipación al paciente. Los objetivos son que disminuya la percepción de lo desagradable, revertir o evitar conductas negativas durante la consulta. Esta técnica puede ser utilizada con cualquier paciente sin contraindicaciones.⁴²

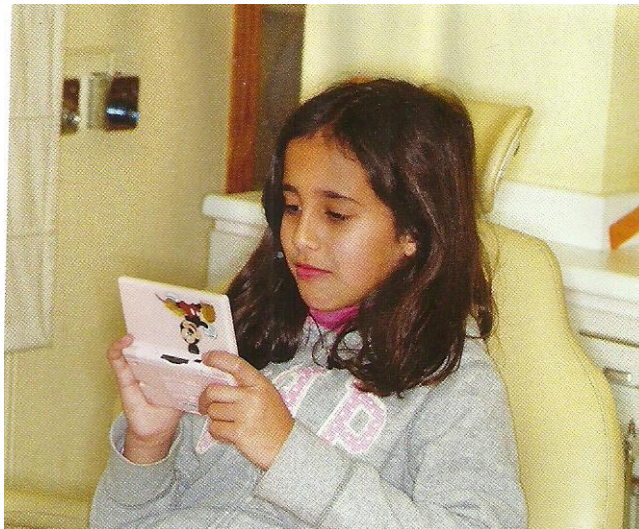


Figura 5.3. Técnica de distracción

Fuente: Boj JR, Catalá M, García BC, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.

5.1.4 Ludoterapia: Se puede utilizar el juego como medio de educación, y tiene su aplicación para cualquier edad. Además, puede tener un efecto terapéutico que permite la descarga de fuerzas sobrantes, temor y ansiedad, ayuda a compensar sentimientos contradictorios, así como reforzar el instinto de imitación.

El juego tiene principal interés como elemento terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción, del niño, lo que le hace perder la "seriedad" a la situación dental. ⁴⁶



Figura 5.4. Implementación de juegos (Ludoterapia)
*FD

5.1.5 Control de voz (Modulación): Consiste en la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz con el objetivo de obtener la atención y comprensión del niño. La literatura sugiere 2 alternativas de control de voz, la primera consiste en hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándole de su conducta interruptiva, o cuando este grita, simplemente para ser escuchado; una vez ganada su atención, el profesional puede bajar la voz ajustándola a la del niño. Esta técnica puede ser utilizada junto con alguna forma de restricción física.⁴²



Figura 5.5. El operador puede utilizar el control de voz para modificar la conducta del paciente.
*FD

5.1.6 Técnicas no verbales: Se hace referencia a la parte física y paraverbal que refuerza las técnicas de comunicación. Se incluye la expresión facial, tono de voz y la posición del clínico frente al niño. Se debe establecer una relación en la que el clínico muestre seriedad para controlar las situaciones. Esta técnica distingue a aquellos clínicos que tienen la habilidad de trabajar con niños.⁴²

La comunicación no verbal es indispensable en la aplicación de todas las técnicas de control de conducta, tiene la virtud de atraer y mantener la atención del paciente y su acompañante.⁷⁵



Figura 5.6. Técnica no verbal mediante el uso de expresiones faciales.

Fuente:<https://odontopediatriaweb.wordpress.com/2016/06/23/tecnicas-de-manejo-en-odontopediatria/>

5.2 Técnicas de modificación de la conducta

La finalidad de estas técnicas es cambiar un comportamiento individual negativo hacia un ideal deseado de forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente marcando inicialmente su objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias.

El modelamiento, la desensibilización y el refuerzo positivo y negativo, han sido halladas altamente efectivas en la reducción de la ansiedad y la aparición de la conducta inapropiada en los niños.⁷⁶

5.2.1 Imitación-Modelamiento: Esta técnica se respalda en la teoría cognoscitiva de Lev Vygotsky, la cual puede ser aplicada en una variedad de situaciones dentales donde el paciente observe los procedimientos. Es útil y muy eficaz en pacientes aprehensivos con o sin experiencia dental para prepararlos e introducirlos a la

odontología. Existen dos modelos de pacientes: el que desde el principio no tiene miedo, y el segundo que corresponde a una persona inicialmente temerosa, que luego supera el miedo a la situación temida. En los niños puede utilizarse modelos de personajes ficticios, héroes fantásticos o bien sus hermanos. La ventaja de esta técnica es que es posible aplicarla a varios niños a la vez de manera educativa. Aunque existe el riesgo de que la colaboración y confianza que se había ganado en el paciente se pierda: ya que si durante la realización de esta técnica el niño no observa expresiones de molestia en el modelo, pero si él las experimenta, se desilusionará y será difícil volver a ganar su confianza, por lo cual es necesario prevenir al niño y conservar su confianza cuando el procedimiento implique molestia por más mínima que sea para evitarle creer que ha sido engañado.^{47, 75}



Figura 5.7. Imitación

Fuente: Boj JR, Catalá M, García BC, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.

5.2.2 Desensibilización: Esta técnica se emplea para reducir los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando una respuesta competente como la relajación y luego se introduce progresivamente estímulos más amenazantes a medida que el paciente se desensibiliza. Es decir, que se realizarán procedimientos fáciles y menos amenazantes dejando los más difíciles para más adelante. Por ejemplo, se pueden presentar primero el espejo, la pinza, copas de hule y luego el explorador, turbina, jeringa, etc.⁷⁵ En general, el método gradual implícito en la modificación conductual puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo dedicado en un principio puede considerarse una buena inversión para el éxito de los tratamientos.⁴⁶



Figura 5.8. Técnica de desensibilización
Fuente: Tiol CA, Martínez EAA. Manejo de conducta en Odontología pediátrica.

5.2.3 Refuerzo positivo: Se utiliza cuando el paciente ha aceptado voluntariamente permitir la realización del procedimiento pese a su temor, resulta necesario reforzar a modo de agradecimiento y estimulación dicha modificación de su conducta a través de elogios que reconozcan su esfuerzo. Así mismo, esta técnica debe ser empleada en niños cooperadores, para incitarlos a continuar con esa actitud positiva en espera de un premio que será entregado una vez finalizada la consulta, y que será directamente proporcional al grado de cooperación brindada por él.⁷⁸



Figura 5.9. Refuerzo positivo
Fuente: Tiol CA, Martínez EAA. Manejo de conducta en Odontología pediátrica.

5.2.4 Refuerzo negativo: Esta técnica busca modificar el comportamiento desfavorable para la situación odontológica. Consiste en la eliminación de algo que constituye un atractivo para el paciente condicionando su regreso ante la mejoría

de su comportamiento. Al igual que la técnica de refuerzo positivo, debe realizarse inmediatamente y de manera repetida. Por lo general se utiliza en combinación con la técnica de control de voz para expresar desaprobación y autoridad. Los refuerzos negativos no deben confundirse con castigos, los cuales están fuera de la odontología, ya que generan actitudes negativas en los niños.⁷⁵

5.3 Técnicas de limitación (enfoque físico)

Se definen como aquellas técnicas que controlan o limitan el movimiento de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.

Los objetivos básicos son:

- 1) Ganarse la atención del niño.
- 2) Enseñarle la conducta apropiada que se espera de él.
- 3) Darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos.
- 4) Protegerlo de lesiones.
- 5) Hacer más fácil la técnica dental, tanto para el niño como para el odontólogo.⁷⁶

Algunas consideraciones a tomar en cuenta sobre el uso de estas técnicas son:

- Sólo deben utilizarse después de haber agotado todas las posibilidades de tratamiento con técnicas convencionales.
- Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento bajo anestesia general.
- Se emplean como parte de un tratamiento, no de un castigo.
- La primera finalidad es la protección del paciente, después la protección del profesional y la última llevar a cabo el tratamiento necesario.
- Debe obtenerse el consentimiento de los padres.²

5.3.1 Bloque de mordida- Abrebocas: Los bloques de mordida o abre bocas son empleados para el control de la apertura bucal. Estos dispositivos ayudan a limitar el cierre de la boca. También se emplea en los niños que necesitan tener un recordatorio para mantener la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla o para evitar mordidas involuntarias a los dedos del profesional. Existen distintos dispositivos de varios tamaños que son seleccionados en función de la edad del niño y en caso de utilizar bloques de mordida se les deberá atar un hilo de seda para evitar que se atraganten.⁴⁶

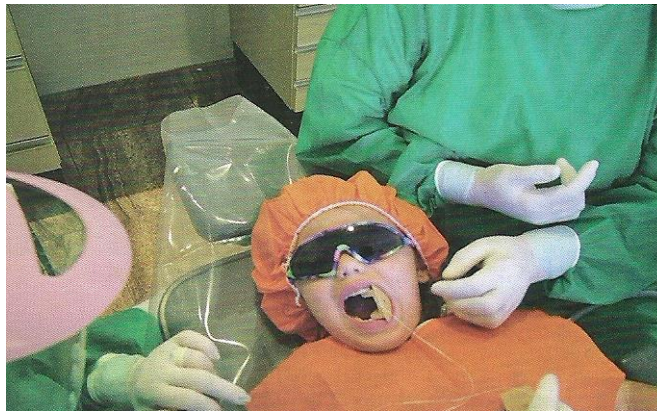


Figura 5.10. Utilización de un bloque de mordida
Fuente: Guedes PAC, Bönecker M, Delgado RCRM. Fundamentos de Odontología: odontopediatría

5.3.2 Estabilización protectora (restricción física): La Academia Americana de Odontología Pediátrica la define como la aplicación directa de fuerza física al paciente con o sin su permiso para restringir su libertad de movimiento. Su uso está dirigido a diferentes profesionales de la salud en el tratamiento de infantes, niños, adolescentes o personas con necesidades especiales.⁴²

Esta técnica es indicada para los siguientes pacientes:

- Con inmadurez
- Con problemas mentales
- Fracaso de todas las técnicas de comportamiento
- Cuando hubiera riesgo de accidentes para el paciente y/o el profesional ⁷⁹

Está contraindicado para pacientes:

- Cooperativos
- Aquellos que no pueden ser inmovilizados debido a condiciones sistémicas.⁷⁹

La decisión de inmovilizar al paciente es considerada una vez que se han utilizado todas las alternativas de manejo del comportamiento para la necesidad, calidad del tratamiento, desarrollo emocional y las condiciones físicas del paciente. El consentimiento libre y aclarado debe obtenerse de los padres por escrito, después de haberles dado una explicación sobre las técnicas a utilizarse, sus indicaciones, tiempo de duración, riesgos y beneficios.⁷⁵

Existen varias maneras de llevar la estabilización y el posicionamiento del niño durante el tratamiento. Lo más importante es que en esta posición permita visibilidad y punto de apoyo adecuados para el trabajo del cirujano dentista y del equipo.⁷⁹

Pinkham describe 2 tipos de estabilización:

- 1) Activa: Cuando los movimientos del paciente son controlados por el odontólogo, el asistente o los padres sin la ayuda de algún tipo de aditamento especial, algunos ejemplos son los siguientes:³³
 - **Inmovilización de las manos y rodillas:** La madre o el asistente podrá quedarse al lado del sillón y cuando sea necesario podrá, asegurar las manos del niño y apoyarse sobre las rodillas de él a fin de controlar los movimientos de las piernas.⁸⁰
 - **Cuerpo a cuerpo:** la madre podrá permanecer inclinada en el sillón dental al frente del niño en decúbito central, apoyada sobre los codos, de manera de inmovilizar las manos y piernas del niño, que se quedarán posicionadas lateralmente a su cuerpo.⁴²
 - **Posición de pecho:** la madre se recostará en el sillón dental en decúbito dorsal y el niño quedará sobre su tórax. La auxiliar apoyará la cabeza del niño y la madre se quedará atenta a los movimientos de las piernas y brazos.

En caso de ser necesario las manos y brazos del niño serán contenidos por las piernas y manos de la madre respectivamente. ^{42, 80}

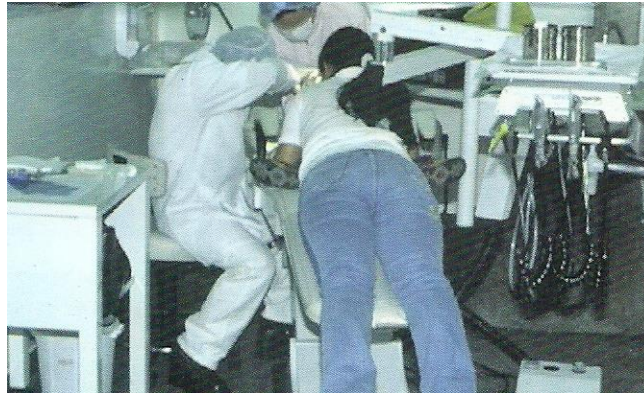


Figura 5.11. Estabilización activa (cuerpo a cuerpo)
Fuente: Guedes PAC, Bönecker M, Delgado RCRM.
Fundamentos de Odontología: odontopediatría

- 2) Pasiva: se refiere a la estabilización del paciente mediante la utilización de algunos elementos mecánicos como: sábanas, envoltorios Paposse Board, Macril. Este tipo de estabilización debe realizarse en niños menores de 13 años y es útil cuando se combina con técnicas no farmacológicas de manejo de conducta. ⁴²



Figura 5.12. Estabilización pasiva (Paposse Board)
Fuente: Rodríguez ACD. Manejo conductual para el tratamiento estomatológico en pacientes pediátricos. [Tesis].

5.3.3 Mano sobre boca: El odontólogo coloca su mano sobre la boca del niño que llora de forma histérica. Con la finalidad de controlar el berrinche y los ataques de ira. Es necesario usarlo junto con el control de voz. ⁸¹

Esta es una técnica de inmovilización muy polémica, dentro de las técnicas de tratado de comportamiento, una vez que muchos profesionales defienden su uso y muchos la critican. A pesar que estudios y observaciones clínicas traten de justificar el uso de esta técnica, tomando en cuenta aspectos legales, éticos y la percepción de los padres y pacientes, aún no ha sido posible establecer parámetros científicos que comprueben su inocuidad en el desarrollo psicológico del paciente, en el transcurso de los años ni en lo contrario.⁷⁹

Indicaciones

•Niños de 3 a 6 años que exhiben comportamientos que no se pueden modificar por técnicas básicas del manejo, pero que en virtud de la edad y madurez pueden entender comandos simples y colaborar. Los comportamientos para los que están indicados incluyen: rebeldía, descontrol, agresividad, resistencia, berrinches o ataque de irá, histeria, desafío, lucha y llanto obstinado.⁷⁹

Contraindicaciones

Niño con poca edad, inmaduro, mental o emocionalmente afectado, que estén bajo medicación, niños incapaces de comunicarse verbalmente o que tengan obstrucción de vías aéreas tampoco se les debe aplicar esta técnica. Esto mismo es válido para niños retraídos y pasivos.⁷⁹

La modificación de la conducta no es un método de una sola vía que pueda ser impuesto en un individuo incapaz o poco dispuesto. Por su naturaleza intrínseca, la modificación de la conducta sólo tiene éxito cuando el paciente infantil es receptivo y coopere con el clínico.⁸²



Figura 5.13. Mano sobre boca
Fuente: Eslava Del MR. Manejo de la conducta del paciente pediátrico en la consulta dental. [Tesis].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la poca o nula formación acerca de las técnicas de manejo de la conducta que tienen los alumnos del segundo grado antes de atender a los pacientes pediátricos, así como la falta de guías en las que se puedan apoyar al momento de brindar la atención; surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de dominio del uso de técnicas de manejo de conducta no farmacológicas por parte de los alumnos de 2 segundo año de la Carrera de Cirujano dentista de la FES Zaragoza?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar el nivel de dominio de las técnicas conductuales no farmacológicas en los alumnos de segundo año de la Carrera de Cirujano Dentista de la FES Zaragoza en el ciclo escolar 2017-2018.

Objetivos específicos:

- Conocer los principales factores que influyen en el alumno para el manejo del paciente pediátrico.
- Proponer una guía básica de atención del manejo de conducta en la consulta odontológica para los pacientes pediátricos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo.

Muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple en una población de 404 estudiantes inscritos en el módulo Clínica Estomatológica Integral I en el ciclo escolar 2017-2018 de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en el mes de mayo, en el cual se obtuvo una muestra representativa de 198 estudiantes con un nivel de confiabilidad del 95% y error del 5%.

La participación del estudiante fue voluntaria.

Criterios de inclusión:

- Alumnos que asistan a la sesión clínica el día de la aplicación del cuestionario.
- Alumnos que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que no deseen cooperar en la aplicación del cuestionario.
- Grupos donde no se permita la autorización por parte de los docentes para la aplicación del cuestionario.

Definición y operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN			
Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Decir-Mostrar-Hacer	Técnica que consiste en la explicación paso a paso al menor de lo que se realizará. Se le dice lo que se piensa hacer, se le demuestra y finalmente se realiza.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio total • Dominio parcial • Dominio mínimo • Sin dominio
Lenguaje pediátrico	Técnica que consiste en utilizar términos que sean comprensibles para el menor (adecuación dependiendo la edad).		
Distracción	Técnica que consiste en desviar la atención del menor para disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable durante el tratamiento dental.		
Ludoterapia	Técnica que consiste en la utilización de juguetes para la explicación de los tratamientos o aumentar la seguridad que siente el menor al tener el juguete.		
Control de voz (Modulación)	Técnica que consiste en que el operador module su voz para adoptar una actitud de autoridad para conseguir la atención del paciente y proyectar el control de la situación.		
No verbales	Referente a la expresión facial, tono de voz y la posición del clínico frente al niño.		
Imitación (Modelamiento)	Técnica que consiste en que el niño observe a otro niño que esté siendo atendido y que presente buena conducta para que se tome como modelo para imitarlo.		
Desensibilización	Técnica que consiste en comenzar con procedimientos fáciles hasta los más complejos, con el fin de disminuir la ansiedad y los temores		
Refuerzo positivo	Técnica que consiste en gratificar al niño cuando su conducta es adecuada demostrando que se valora su comportamiento.		
Refuerzo negativo	Técnica que consiste en retirar la gratificación cuando el niño no muestra buena conducta con el fin de que mejore.		
Bloque de mordida	Técnica que consiste en la utilización de aditamentos para el control de la apertura bucal con el fin de proteger su integridad.		
Estabilización protectora (Restricción física)	Técnica que consiste en la sujeción parcial o total para inmovilizar a un niño no cooperador para impedir que sus movimientos pongan en peligro su integridad física o la del personal tratante.		
Mano sobre boca	Técnica que consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca, con el fin de inhibir una conducta no cooperadora con gritos y movimientos corporales.		

MÉTODO Y TÉCNICA

Para la aplicación del instrumento se acudió a las diferentes Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) y con la previa autorización del profesor titular de cada grupo como la aceptación de participación de los alumnos, se entregó a cada estudiante un cuestionario previamente validado por el método interjueces (Ver anexos 1, 2 y 3), el cual consistió en dos partes; en la primera parte se incluyó una tabla en la cual se enlistaron las técnicas de manejo de conducta no farmacológica más utilizadas durante la atención del paciente y por medio de una escala tipo Likert seleccionó el nivel de dominio que él consideraba tener de cada una de ellas; dicha escala contó con las opciones: “dominio total”, “dominio parcial”, “dominio mínimo” y “sin dominio”.

La segunda parte consistió en 10 preguntas de opción múltiple en escala Likert, en las cuales se indagó sobre la información recibida durante su formación previa al acto operatorio sobre el uso de las técnicas de manejo de la conducta, experiencias y situaciones vividas durante la atención de sus pacientes y de cómo actuar ante ellas y la necesidad de implementar una guía de apoyo entre otros aspectos.

Recursos:

- **Humanos:**
 - Responsable de la investigación (Hernández Cejudo Moisés Uriel y Ruiz Chávez Areli Yojanet)
 - Alumnos del 2 segundo año de la Carrera del Módulo Clínica Estomatológica integral I
- **Escenario**
 - Instalaciones de las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) de la FES Zaragoza
- **Material:**
 - Libros de odontopediatría
 - Artículos sobre técnicas de manejo conductual

- Fotocopias del instrumento de medición
- Impresora
- Computadora de escritorio
- Lápices, gomas y sacapuntas
- Procesador de texto Microsoft Word
- **Recursos financieros**
 - Los gastos están basados en el número de cuestionarios que se utilizarán para la investigación, así como los medios de transporte y serán asumidos por los responsables de dicha investigación

DISEÑO ESTADÍSTICO

La información obtenida se analizó en el programa SPSS versión 15, el procesamiento estadístico se llevó a cabo a través del uso de frecuencias y porcentajes obtenidos de las respuestas de cada reactivo.

RESULTADOS

Se encuestaron a 198 estudiantes de segundo año inscritos en el módulo Clínica Estomatológica Integral I, de los cuales 62.12% fueron mujeres y 37.88% hombres; el rango de edad estuvo entre los 19 y 23 años. Los resultados que se presentan a continuación se dividen por el nivel de dominio de cada técnica y por las respuestas obtenidas en cada pregunta.

Técnica Decir-Mostrar-Hacer

El 54.5% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 42.4% dominio parcial, el 3% un dominio mínimo, mientras que ninguno de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica.

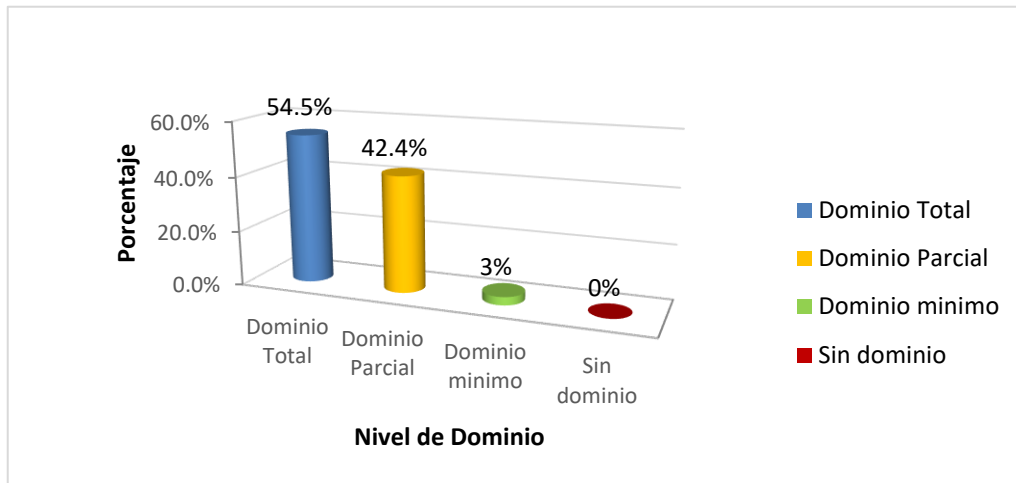


Figura1. Nivel de dominio de la técnica Decir-Mostrar-Hacer
*FD

Técnica de lenguaje pediátrico

El 28.3% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 57.1% dominio parcial, el 14.6% dominio mínimo, mientras que ni uno de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica.

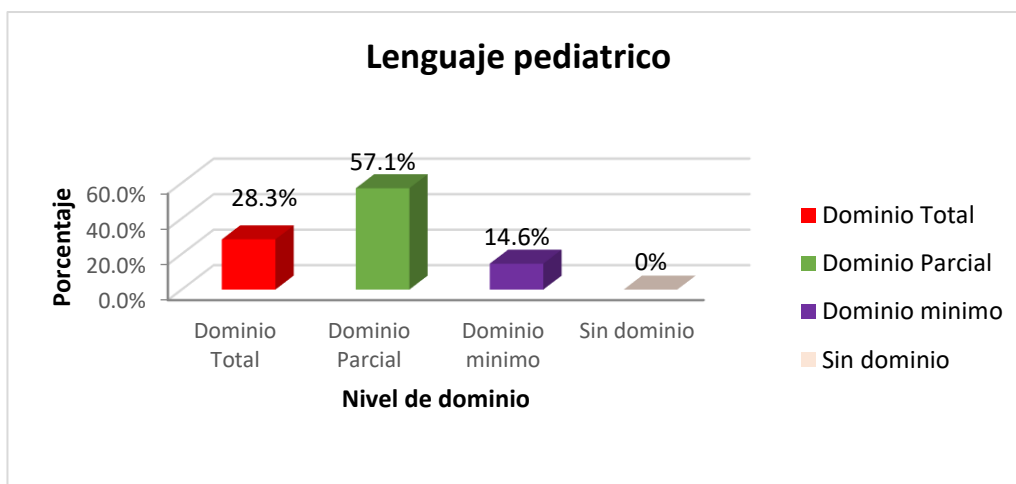


Figura 2. Nivel de dominio de la técnica de lenguaje pediátrico
*FD

Técnica de distracción

El 28.3% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 57.1% un dominio parcial, el 14.6 % un dominio mínimo, mientras que ninguno de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica.

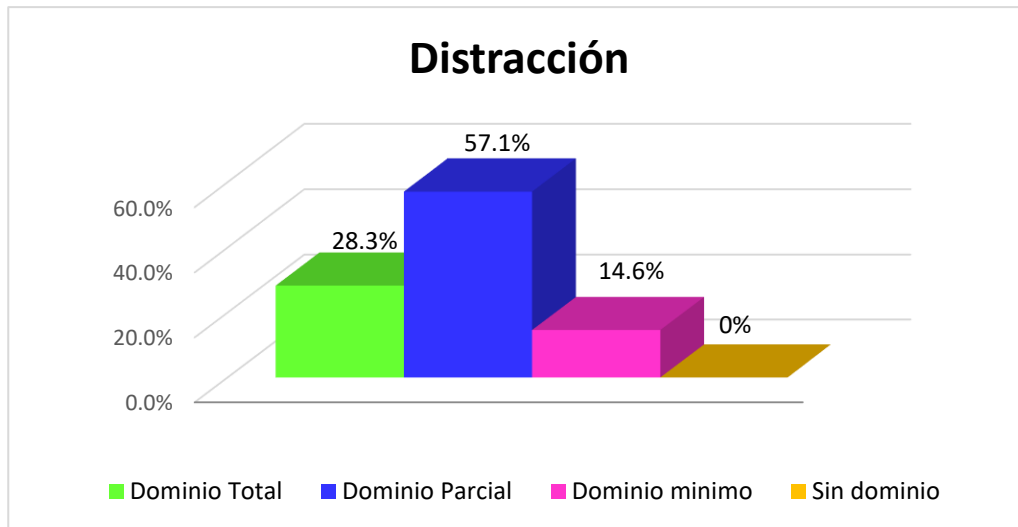


Figura3. Nivel de dominio de la técnica de Distracción
*FD

Técnica de Ludoterapia

El 7.1% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 39.9% un dominio parcial, el 30.3% dominio mínimo, mientras que el 22.7% de los encuestados respondió no tener dominio de esta técnica.

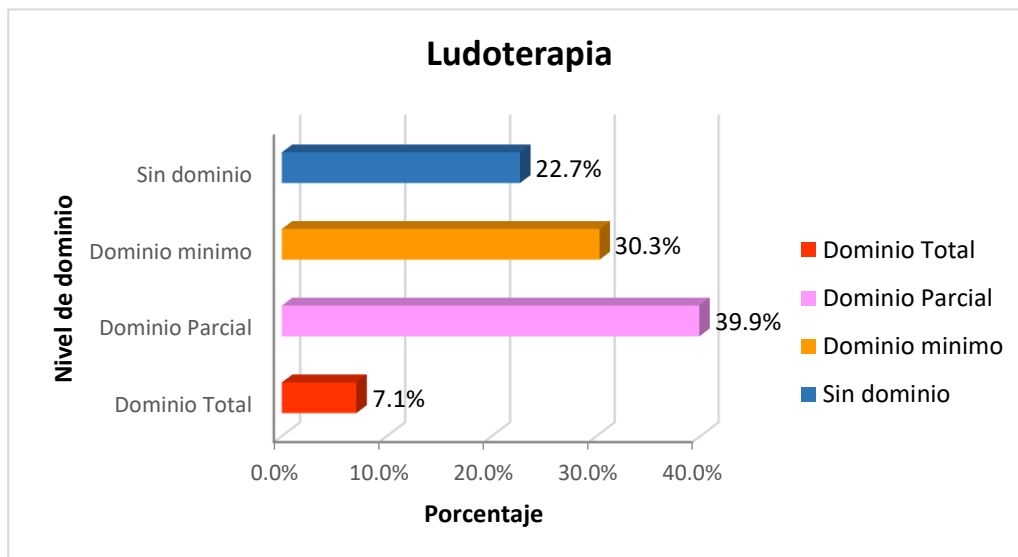


Figura4. Nivel de dominio de la técnica de Ludoterapia
*FD

Control de voz (Modulación)

El 24.2% de los encuestados consideraron tener un dominio total de la técnica, el 56.6% un dominio parcial, el 17.7% un dominio mínimo, mientras que el 1.5% dijo no tener dominio de la técnica.

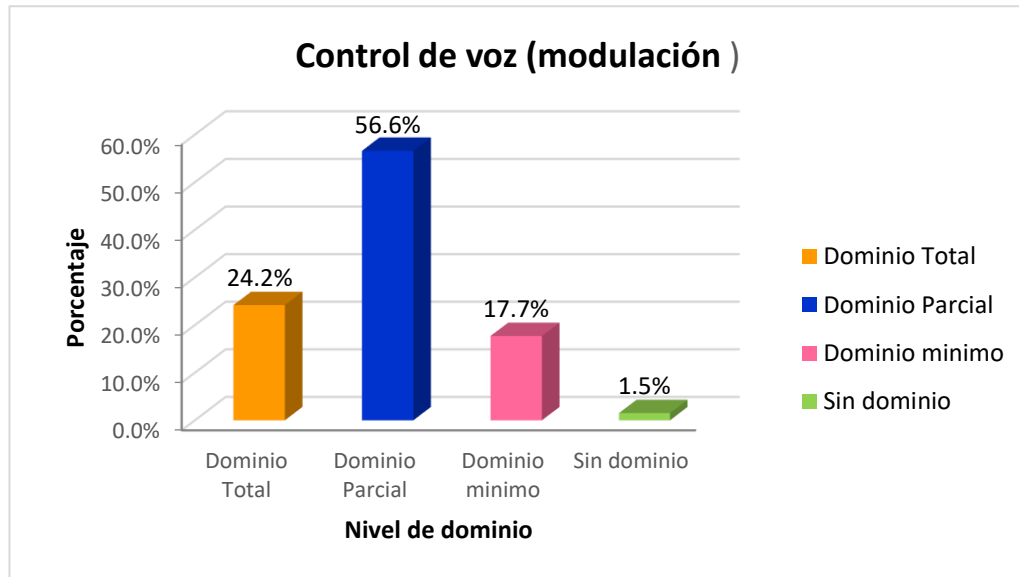


Figura5. Nivel de dominio de la técnica de Control de voz
* FD

Técnicas no verbales

El 11.6% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 48.5% dominio parcial, el 30.3% un dominio mínimo, mientras que el 9.6% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica



Figura6. Nivel de dominio de las técnicas no verbales
*FD

Técnicas de modificación de conducta:

Imitación (Modelamiento)

El 21% de los alumnos encuestados consideraron tener un dominio total de la técnica, el 55% un dominio parcial, el 21% dominio mínimo, mientras que solo el 3% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica

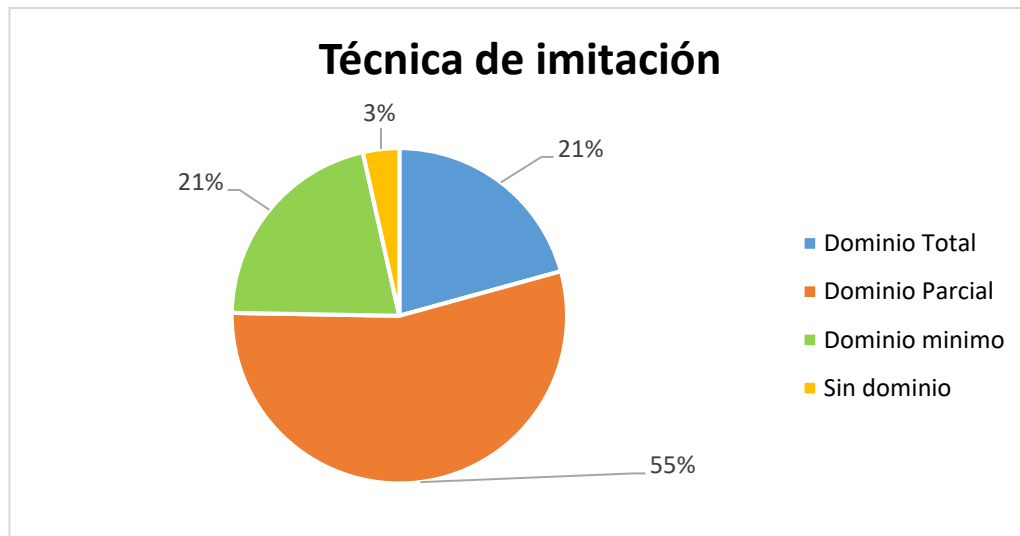


Figura7. Nivel de dominio de la técnica de imitación
*FD

Técnica de desensibilización

El 14% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 57% un dominio parcial, el 25% dominio mínimo y el 4% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica.

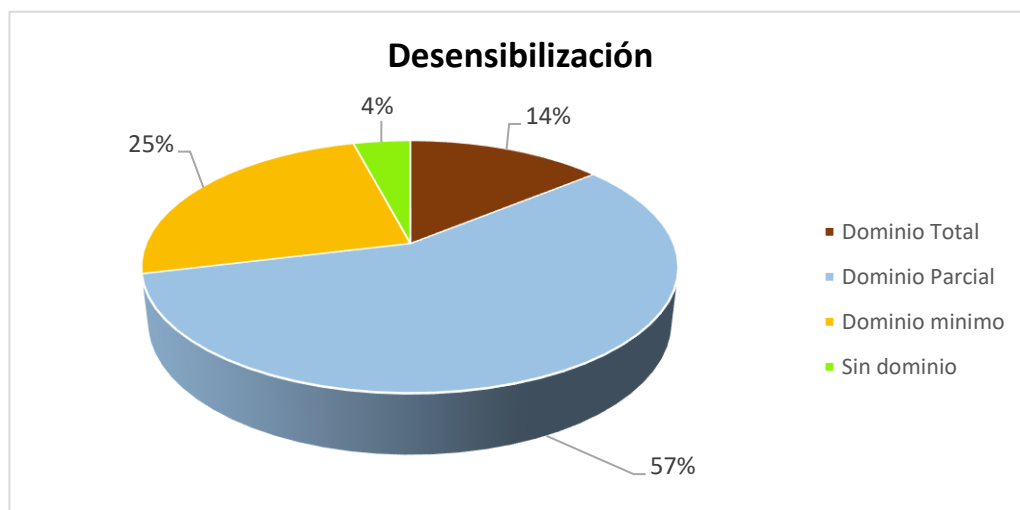


Figura8. Nivel de dominio de la técnica de desensibilización
*FD

Técnica de Refuerzo positivo

El 30.3% de los encuestados consideraron tener un dominio total de la técnica, el 51% un dominio parcial, el 16.7% un dominio mínimo, mientras que solo el 2% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica



Figura9. Nivel de dominio de la técnica de Refuerzo positivo
*FD

Técnica de Refuerzo negativo

El 13% de los alumnos consideraron tener un dominio total de la técnica, el 48% dominio parcial, el 32% un dominio mínimo, mientras que el 7% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica

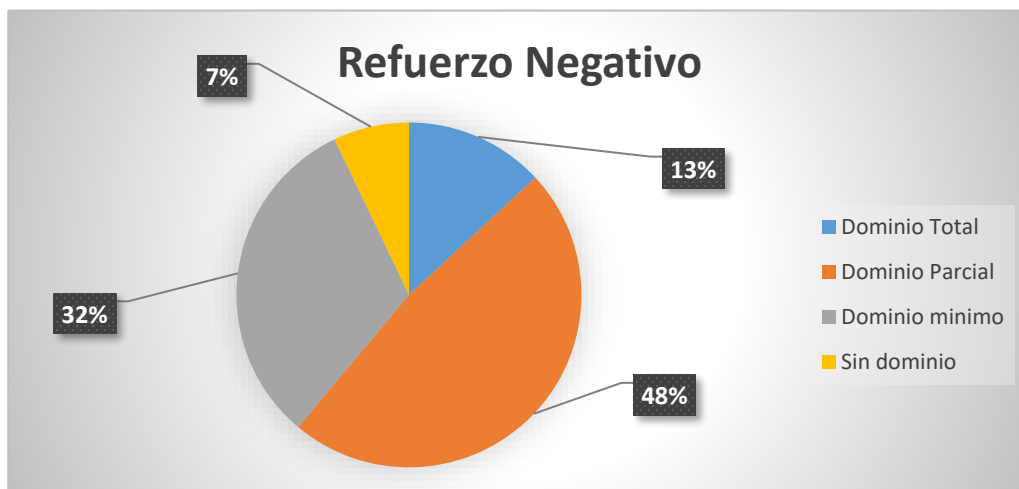


Figura10. Nivel de dominio de la técnica de Refuerzo negativo
*FD

Técnicas de limitación

Técnica de Bloque de mordida

El 19.2% de los alumnos respondieron que consideran tener un dominio total de la técnica, el 43.4% un dominio parcial, el 27.3% dominio mínimo y el 10.1% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica.

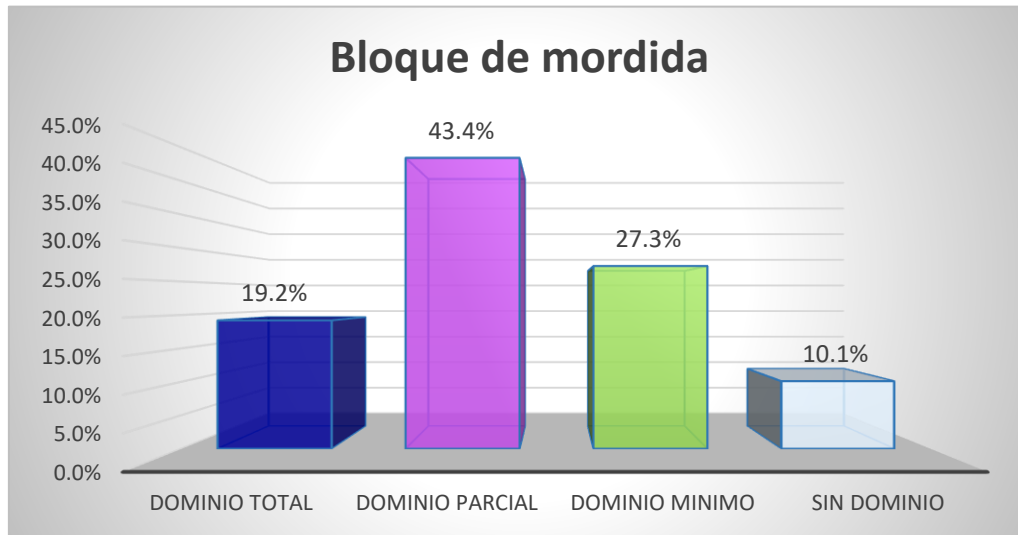


Figura11. Nivel de dominio de la técnica de Bloque de mordida
*FD

Técnica de estabilización protectora

El 15.7% de los encuestados consideraron tener un dominio total de la técnica, el 35.9% dominio parcial, el 34.3% y el 14.1% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica

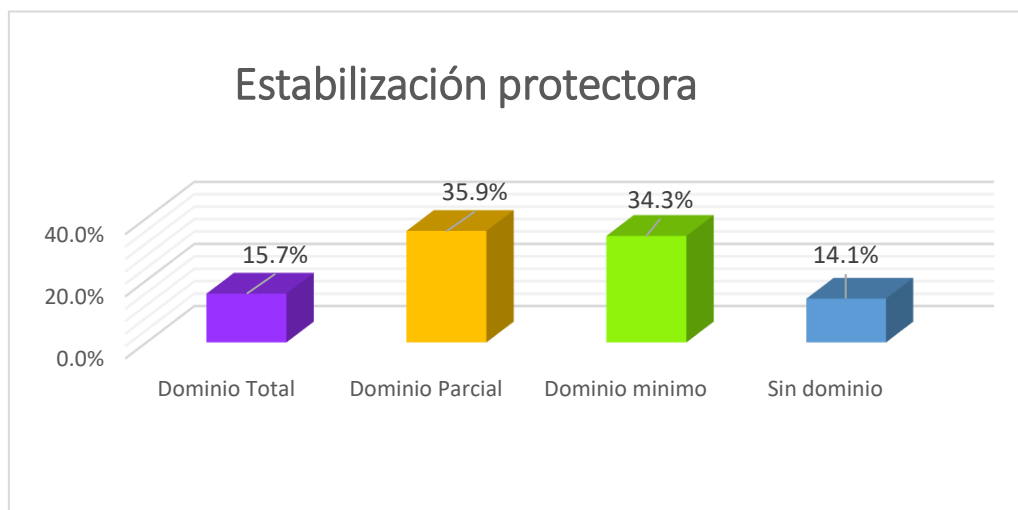


Figura12. Nivel de dominio de la técnica de Estabilización protectora
*FD

Técnica de Mano sobre boca

El 13.1% de los alumnos respondieron que consideran tener un dominio total de la técnica, el 29.8% dominio parcial, el 32.3% y el 24.7% de los encuestados consideró no tener dominio de la técnica.

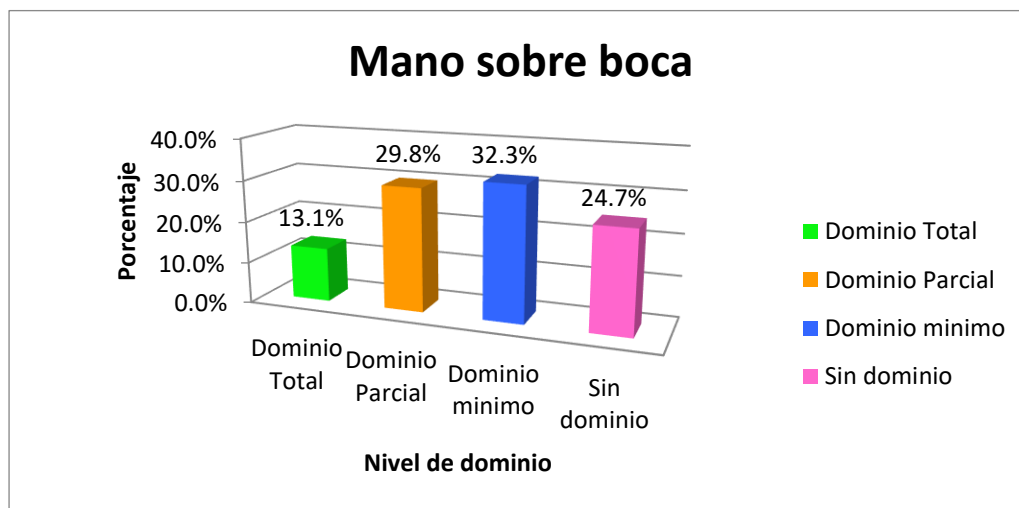


Figura13. Nivel de dominio de la técnica de Mano sobre boca
 *FD

RESULTADOS POR PREGUNTAS

Pregunta 1: El 33.3% de los alumnos encuestados consideró haber recibido mucha información durante su formación preclínica sobre las técnicas conductuales no farmacológicas, 61.65% poca información y el 5.1% nula información.

Tabla1. Información recibida sobre las técnicas durante la formación previa al acto operatorio.

Cantidad de información recibida	Número de alumnos	Porcentaje
Mucha información	66	33.3%
Poca información	122	61.6%
Nula información	10	5.1%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 2: El 78.3% de los alumnos considera que muy es necesario conocer las técnicas conductuales no farmacológicas, 21.7% que es necesario mientras que ninguno consideró que es innecesario

Tabla 2. Consideración de conocer las técnicas no farmacológicas

Necesidad de conocer las técnicas	Número de alumnos	Porcentaje
Muy necesario	155	78.3%
Necesario	43	21.7%
Innecesario	0	0%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 3: El 17.7% de los alumnos dijo que durante la atención de alguno de sus pacientes pediátricos se les ha presentado alguna situación donde no saben cómo actuar, el 59.6% algunas veces se les ha presentado y el 22.7% respondieron que nunca se le ha presentado alguna situación.

Tabla 3. Presencia de situaciones donde no saben cómo actuar.

Presencia de situaciones	Número de alumnos	Porcentaje
Si	35	17.7%
Algunas veces	118	59.6%
Nunca	45	22.7%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 4: La edad en la que más se dificulta la atención odontopediátrica según los encuestados es la de 2 a 4 años con un 62.6% seguido de la edad de 5 a 6 años con 29.8%, de 7 a 8 años con 6.1% y solo el 1.5% respondió que es la edad de 9 a 10 años, mientras que nadie consideró al grupo de edad de 11 años y más.

Tabla 4. Dificultad de atención por edades

Grupo de edad	Número de alumnos	Porcentaje
2 a 4 años	124	62.6%
5 a 6 años	59	29.8%
7 a 8 años	12	6.1%
9 a 10 años	3	1.5%
11 años y más	0	0%%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 5: El 60.6% de los estudiantes respondió que antes de atender a su paciente explica a los padres las técnicas que pudieran ser empleadas durante la consulta, el 14.4% respondió que no les explica y el 25.3% respondió que algunas veces les explica a los padres.

Tabla 5. Explicación breve hacia los padres sobre las técnicas empleadas

Explicación a los padres	Número de alumnos	Porcentaje
Siempre	120	60.6%
No	28	14.1%
Algunas veces	50	25.3%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 6: El 8.1% de los alumnos respondió que después de explicarles a los padres los diferentes tipos de técnicas que se podrían haber aplicado a sus hijos, estos se negaron, mientras que el 91.9% no presentaron negación hacia la aplicación de las técnicas.

Tabla 6. Negación de los padres hacia la aplicación de alguna técnica

Negación de los padres	Número de casos	Porcentaje
Si	16	8.1%
No	182	91.9%
Total	198	100%

*FD

De este 8.1% (16) de casos en los que los padres se negaron, el 68.8% (11) fue hacia la técnica de estabilización protectora y el 31.3% (5) a la técnica de mano sobre boca.

Tabla 6.1 Técnicas con negación por parte de los padres

Técnicas	Número de casos	Porcentaje
Estabilización protectora	11	68.8%
Mano sobre boca	5	31.3%
Total	16	100%

*FD

Pregunta 7: El 77.8% de los encuestados respondió que durante su práctica clínica nunca presentaron negación por parte de los padres para cooperar en el tratamiento del niño, el 20.2% respondió que la hubo algunas veces y solo el 2% de los alumnos respondió que se presentó una negación en más de una ocasión.

Tabla 7. Negación de los padres para cooperar en la atención

Situación	Número de casos	Porcentaje
Nunca	154	77.8%
Algunas veces	40	20.2%
Más de una ocasión	4	2%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 8: El 52% de los alumnos respondieron que durante la consulta odontológica nunca hubo alguna situación que impidiera controlar la consulta de su paciente y por lo tanto llevarlos a la decisión de suspender la sesión, el 40.9% contestaron que algunas veces se les presentaron estas situaciones y el 7.1% contestó que las situaciones se presentaron en más de una ocasión.

Tabla 8. Suspensión de la sesión por alguna situación.

Sesión suspendida	Número de casos	Porcentaje
Nunca	103	52%
Algunas veces	81	40.9%
Más de una ocasión	14	7.1%
Total	198	100%

*FD

Del total de alumnos cuya respuesta fue “algunas veces” y “más de una ocasión” y que fueron 95, el 51.6% fue a causa de un berrinche, 23.2% por miedo, 10.5% por ansiedad, 6.3% fue ocasionado por una rabieta, 4.2% ocasionado por fobia y 4.2% por vómito.

Tabla 8.1 Causa de suspensión de la sesión

Causa	Número de casos	Porcentaje
Berrinche	49	51.6%
Miedo	22	23.2%
Ansiedad	10	10.5%
Rabieta	6	6.3%
Fobia	4	4.2%
Vomito	4	4.2%
Total	95	100%

*FD

Pregunta 9 El 55.6% de los alumnos consideró que es muy necesario la elaboración de una guía de apoyo la cual contenga los aspectos básicos para el manejo y el control de la conducta, el 43.9% consideró que era necesaria y solo el 0.5% consideró que era innecesaria.

Tabla 9. Necesidad de la elaboración de una guía.

Necesidad de elaboración	Número de alumnos	Porcentaje
Muy necesario	110	55.6%
Necesario	87	43.9%
Innecesario	1	0.5%
Total	198	100%

*FD

Pregunta 10: El 67.7% de los alumnos expresó que si existiera una guía de apoyo seguramente la consultaría, 31.3% dijo que tal vez la consultaría, solo el 1% dijo que tal vez no la consultaría y nadie manifestó que seguro no la consultaría.

Tabla 10. Consulta de la guía por parte de los alumnos.

Situación	Número de alumnos	Porcentaje
Seguro la consultaría	134	67.7%
Tal vez la consultaría	62	31.3%
Tal vez no la consultaría	2	1%
Seguro no la consultaría	0	0%
Total	198	100%

*FD

DISCUSIÓN

De acuerdo con Lopera y cols. (2012) en su estudio realizado acerca del Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia refiere que la técnica más utilizada en 137 estudiantes fue la de Decir/ mostrar/ hacer con el 78.1% mientras que en los datos encontrados en esta investigación nos indican que el 54.5% del total de los estudiantes consideran tener un dominio total de esta.

En el estudio antes mencionado también encontraron que el 91.9% de los alumnos refirieron que la técnica es muy fácil o fácil de utilizar, sin embargo, en nuestra investigación se encontró que el 42.4% considera tener dominio parcial mientras que un 3% se considera sin dominio.

En un estudio realizado por Enciso y cols. (2001) se encontró que el 64.2% de los padres se negó a la técnica de restricción física, mientras que en nuestro estudio se encontró que el 8.1% (16) de los alumnos encuestados refirieron que hubo negación a la aplicación de los padres a la aplicación de alguna técnica; de estos el 68.8%(11) de los padres se negaron a que se aplicara a sus hijos la técnica de restricción física (estabilidad protectora).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos el 66.7% de los alumnos encuestados consideran haber recibido poca y nula información respectivamente durante su formación preclínica sobre las técnicas básicas de manejo de la conducta, lo cual implicaría que más de la mitad de los alumnos no se considera suficientemente preparado para atender a los pacientes pediátricos.

En las técnicas de comunicación se encontró que la de Decir- Mostrar- Hacer, fue la que obtuvo 54.5% de dominio total, lo que significa que es la que más dominan los alumnos en su práctica clínica; en todas las demás se muestra que el mayor porcentaje se encuentra en el dominio parcial.

En las técnicas de modificación de la conducta se muestra que la mayor parte de los alumnos dicen tener un dominio parcial de ellas: Imitación 55%, Desensibilización 57%, Refuerzo positivo 51% y no verbales 48%.

Estos resultados obtenidos demuestran que la mayor parte de las tendencias se concentran en un dominio parcial de las técnicas como lo son las de comunicación

y modificación de conducta a diferencia de las técnicas de limitación donde se observa un claro aumento del dominio mínimo.

Por otra parte, las técnicas de limitación muestran que en la técnica de bloque de mordida el 43.4% de los alumnos consideran tener un dominio parcial, mientras que en estabilización protectora el 35.9% considera poseer un dominio parcial y el 34.3% dominio mínimo. Por último, en la técnica de mano sobre boca se observa que el nivel de dominio de los alumnos se concentra en el dominio parcial con 32.3% y mínimo con 29.8%.

De este 8.1% (16) de casos en los que los padres se negaron, el 68.8% (11) fue hacia la técnica de estabilización protectora y el 31.3% (5) a la técnica de mano sobre boca.

El grupo de edad con más dificultad para la atención en opinión de los alumnos fue el de 2 a 4 años con un 62.6%.

Todas estas deficiencias encontradas se podrían reflejar en la práctica clínica, ya que al preguntar a los alumnos que si al momento de la atención de su paciente se les ha presentado alguna situación en la que no sepan cómo actuar el 59.6% no sabría algunas veces que hacer.

El 95% de los alumnos considera que es muy necesario elaborar una guía de apoyo para el manejo de la conducta y solicitan se elabore dicho material que les ayude a mejorar la atención que les brindan a sus pacientes.

CONCLUSIONES

Dada la información obtenida en esta investigación se puede concluir que los alumnos tienen múltiples deficiencias en el nivel de conocimiento de algunas las técnicas de modificación de la conducta, lo cual consideramos que es preocupante, pues esto podría complicar la atención del niño desde una mayor duración del tiempo de atención, estrés en el operador y el asistente hasta provocar una mala experiencia en el menor y con ello desarrollarle una fobia a la atención dental, por lo cual se proponen los siguientes puntos para mejorar la enseñanza del alumno y con ello reducir el índice de reprobación :

- ✓ Se propone que en el módulo de psicología clínica y social I se modifique el orden de los contenidos, siendo las técnicas conductuales uno de los primeros temas a abordar para tener una correlación entre la teoría y la práctica.
- ✓ Incluir en las actividades previas al acto operatorio un reforzamiento teórico y práctico sobre el uso de las técnicas básicas conductuales con métodos didácticos que se ejemplifiquen las situaciones que pudieran presentarse.

- ✓ Se debe anexar en el consentimiento informado un apartado donde se especifique que en caso de ser necesario el alumno recurrirá a al uso de las técnicas de modificación de la conducta con el fin de que el padre sea consciente y no ponga oposición si se aplican estas.
- ✓ Se propone que la inclusión de una guía básica de atención (ver anexo 4) para el manejo de la conducta del paciente pediátrico que ayudará al alumno en su práctica clínica para que pueda brindar una mejor atención y en consecuencia se formen pacientes con educación para la salud haciendo énfasis en el aspecto bucal y libres de fobias, ya que una mala experiencia generada por parte del alumno por su falta de conocimiento o preparación puede traer consigo a un paciente difícil de tratar durante la realización de los diferentes tratamientos.
- ✓ Incluir en el módulo de Estomatología I el contenido de las técnicas conductuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Finn SB. Odontología pediátrica. 4ª edición. México: Nueva editorial Interamericana; 1976.
2. Gugelmeier V. Fundamentos psicosociales del comportamiento del paciente en la atención odontopediátrica. [Tesis] Uruguay: Facultad de Odontología- UDELAR; 2008
3. Barbería E, Boj RJ, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría. 2ª edición. España: Masson; 2001.
4. Hernández DA. Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente en la consulta odontopediátrica. [Tesis]. Monterrey, Nuevo León: Facultad de Odontología, UANL; 2012.
5. Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Estomatología [Sede Web]. Perú: Clínica Dental Docente; 2015 [acceso 14 de diciembre de 2017]. Tipos de tratamiento. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/clinicadentaldocente/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=374&lang=en
6. Josefa P., Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Revista en internet]. 1998. [Acceso 20 de noviembre de 2017]; 36(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-4/>
7. Escobar MF. Odontología Pediátrica. Madrid: Ripano2012.
8. Teixeira AVB, Guinot JF, Bellet DLJ. Técnicas de modificación de la conducta en odontopediatría. OdontolPediatr.16(2). 2008: 108-120
9. Rojas AG, Misrachi LC. La interacción paciente- dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Avances en Odontoestomatología. 2004; 20(5): 234-245.
10. Álvarez QC, Grille AC. La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes [sede Web]. Madrid. www.gacetadental.com; 2012 [actualizada el 19 de enero de 2012; acceso 20 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2012/01/la-relacion-entre-el-odontologo-y-los-distintos-tipos-de-pacientes-24897/>
11. Menguez T, Sexto N, González Y. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños edad preescolar. Cuba: MediSur, 2009; 7(1): 49-53.

12. Hernández CL, Vivero TMM, Arévalo TEC, Rueda VMA, Ramírez MJ. Diagnóstico de salud bucal en preescolares de una población rural en Tabasco. *Odontopediatría Actual*. 2014; 3(10): 26-30.
13. Palomer RL. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Rev. chil. pediatr.* [Revista en internet]. 2006 Feb [Acceso 20 de noviembre de 2017]; 77(1):56-60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=es.
14. Torres H. Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidad de tratamiento en escolares de 3 a 5 años de edad de Huacho, Perú. *Rev. Salud, sexualidad y sociedad*. 2010; 3(1)
15. Mora LL, Martínez OJ. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyay y Cartuja de Granada capital. *Atención Primaria*. 2000; 26 (6): 399-404.
16. Villena SR, Pachas BF, Sánchez HY, Carrasco LM. Prevalencia de caries de la infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Rev. Estomatol Herediana*. 2011; 21(2): 79-86.
17. Guerrero RVM, Godínez MAG, Melchor SCG, Rodríguez GME, Luengas QE, Gonzales PJ. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Rev. ADM*. 2009; 65(3): 10-20.
18. Montoro FY, Fernández CME, Vila MD, Rodríguez SA, Mesa GDL. Urgencias estomatológicas por lesiones pulpares. *Rev Cubana Estomatol*. 2012; 49(4):286-294.
19. Barrios GZC, Carrera ZTI. Prevalencia de infecciones de origen pulpar en los niños atendidos en el Servicio de Odontopediatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela. *Revista Odontológica de los Andes*. 2011; 6(1): 42-51.
20. Galante R, Da Silva de CL. Perfil epidemiológico y necesidad de tratamiento integral de los pacientes del Postgrado de odontopediatría, Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, Caracas. [Revista en Internet] 2016. [Acceso 9 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-4/#>
21. Medina ACT, Laboren SML, Vilorio RC, Quirós AO, Jurisic AD, Aceldo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y*

Odontopediatría [Revista en Internet] 2010 [acceso 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/#>

22. Orozco CL, González de la FMV, Soto NME. Relación del tipo de mordida y hábitos bucales perniciosos en niños preescolares. *Odontología Actual*. 2015; 12(141): 44-48.

23. Quirós AO. Características de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de investigaciones científicas IVIC. *Acta Odontológica Venezolana*. [Revista en Internet] 2003 [acceso 24 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/caracteristicas_occlusion.asp

24. Lugo C, Toyo I. Hábitos Orales no fisiológicos y cómo influyen en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Revista en Internet] 2011 [acceso 25 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/#>

25. Murrieta PJF, Allendelagua BRI, Pérez SLE, Juárez LLA, Linares VC, Meléndez OF. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol MedHospInfantMex*. 2011; 68(1):26-33.

26. Agurto VP, Díaz MR, Cádiz DO, Bobenrieth KF. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. *Rev. Chil. Pediatr*. 1999; 70(6): 2-14.

27. Alemán P, González D, Díaz L, Delgado Y. Hábitos bucales deformantes y panoposlácteo en niños de 3 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol*[Revista en Internet] 2007 [acceso 26 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507200700020000128.

28. García PN, Legoñoa AJ, Alonso M de OC, Montalvo CN. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños y adolescente. *AMC*. 2010; 14(1).

29. Muñoz X, Torres F, Escobar F. Prevalencia de traumatismos dentoalveolares en niños preescolares de la comuna de Concepción, Chile. *OdontolPediatr*. 2006; 5(1): 9-12.

30. Gutiérrez CA, Salazar VCR, Pirela de MA, Manzano M. Traumatismos en dientes antero- superiores e inferiores; prevalencia en preescolares y sus consecuencias en dentición primaria. *Acta Odontológica Venezolana* [Revista en Internet] 1999[acceso 8 de diciembre de 2017]. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/1/traumatismos_dientes_antero_superiores_inferiores.asp

31. Kababuka FK, Passchaert A. Prevalence of theet whit untreaded dental trauma amognursey and primary school pupils dares Salaam Tazana. Dent Traumatol2001; 17; 109-113.
32. Cunha RF, Puglies, Viera AEM. Oral Trauma in Brazilian Patientsaged 0-3 years. DentTraumatol2001; 17; 210-212.
33. Bishara SE. Ortodoncia. México: Mc Graw Hill Interamericana: 2003.
34. Yujra PRC, Yujra LLP. Crecimiento y desarrollo craneofacial. Revista de actualización clínica. 2012; 20: 991-996
35. Moore KL, Persaud TVN. The developing human: clinically oriented embryology, ed6, Philadelphia, 1998.
36. Graber TM. Ortodoncia Teoría y práctica. 3ª edición. México: Nueva Editorial Interamericana; 1974.
37. Abramovich A. Embriología de la región maxilofacial. 3ª edición. España: Editorial Panamericana; 2000.
38. Ferreira FV. Ortodoncia: Diagnóstico y planificación clínica. 1ª edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2002.
39. Enlow DH. Crecimiento y desarrollo craneofacial. 3ra edición. México; Editorial Inter-Americana McGraw-Hill; 2006.
40. Gómez de Ferraris ME, Campos Muñoz A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 3era edición. México; Editorial Panamericana; 2009
41. Canut, JA. Ortodoncia clínica y preventiva. 2da edición. Barcelona- España; Editorial Masson S.A; 2005.
42. Castillo MR, Guido PMP, Kanashiro IC, Perea PM, Silva ERF. Estomatología Pediátrica. Madrid: Ripano; 2011.
43. Álvarez ARM. El concepto de niñez en la convención sobre los Derechos del niño y en la legislación Mexicana. Instituto de Investigaciones Jurídicas [revista en Internet] 2011. [Acceso 1 de marzo de 2018]; 5. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/4.pdf>
44. Muñoz GVS. Manejo no convencional de la conducta en odontopediatría. [Tesis] 2014. México: Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de México.

45. Koch G, Poulsen S. Odontopediatría, Abordaje clínico. 2ª edición. Venezuela: Amolca; 2011
46. Boj JR, Catalá M, García BC, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Madrid: Ripano; 2011
47. Juárez LLA, Uribe P JL, López JMG, De León VA, Servín HS, Zepeda MT. Atención estomatológica del niño en la primera infancia. 1ª edición. México: UNAM, FES Zaragoza; 2013
48. Yépez AMA. Consideraciones entorno psicoanálisis de Sigmund Freud. Revista ciencias de la educación. 2010: 20(35); 204-216
49. Tiglia A. Las 5 etapas del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud [sede Web]. Barcelona: Psicología y Mente; 2018 [Acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en:<https://psicologiaymente.com/psicologia/etapas-desarrollo-psicosexual-sigmund-freud>
50. Braham RL, Morris ME. Odontología pediátrica. 1ra edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1984.
51. Stassen BK. Psicología del desarrollo Infancia y adolescencia. Novena edición. Madrid España: Editorial Médica Panamericana, 2016.
52. Robles MB. La infancia y la niñez en sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. Revista Mexicana de Pediatría. 2008: 75; 29-34
53. Villatela JT. Teorías sobre el desarrollo en la Infancia. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona;2007.
54. www.paidopsiquiatria.cat. Desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y Vygotsky. [Sede Web]. Catalunya: Rafael LA; 2008. [fecha de acceso 1 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
55. Vielma VE, Luz SM. Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. Educere. 2000; 3(9): 30-37.

56. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Argentina: Medica Panamericana; 2010
57. Ríos EM, Herrera RA, Rojas AG. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. AvOdontoestomatol. 2014; 30(1): 39-46.
58. Espinoza LPA. Ansiedad dental en niños de 6 años beneficiarios del programa de salud oral integral en la región metropolitana [tesis]. Santiago de Chile. Universidad de Chile; 2013.
59. Guarderas PVA. Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica de la Clínica de la Universidad de las Américas [tesis]. Ecuador: Facultad de odontología de la Universidad de las Américas; 2016.
60. Staberg M, Noren J, Johnson M, Kopps S, Robertson A. Parental attitudes and experiences of dental care in children and adolescents with ADHS a questionnaire study. Swedish dental Journal.2013: 30(2);93-100.
61. www.salud180.com. Miedo [sede Web]. México: Imagen digital; 2017 [Fecha de acceso 5 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/miedo>
62. Biondi AM, Cortese SG. Odontopediatría, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor, 2010.
63. medlineplus.gov. Rabietas [sede Web]. EE.UU: Biblioteca Nacional de los EE.UU; 2017 [actualizada el 3 de octubre de 2017; acceso 5 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001922.htm>
64. Lima ÁM, Casanova RY. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. RevHumMed. 2006: 6(1)
65. Medina PJP. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta odontológica venezolana [revista en Internet] 1998 [acceso 6 de octubre de 2017]; 36(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-4/#>
66. Hernández DA. Influencia de la estructura familiar en el comportamiento del paciente en la consulta odontopediátrica [tesis]. Nuevo León: Posgrado de odontología Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
67. Ricaurte CVC. Área de ambientación y motivación para odontopediatría. [Tesis] 2015. Ecuador: Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.
68. Álava SS. Miedos actitudes del niño ante el dentista [sede Web]. Madrid; 2013 [actualizada el 2 de febrero de 2013; acceso 6 de octubre de 2017]. Disponible en:

<https://www.gacetadental.com/2013/02/miedos-y-actitudes-de-los-ninos-ante-el-dentista-24112/>

69. Castillo MR. Manual de odontología pediátrica. Colombia: Actualidades Médicas Odontológicas Latinoamericanas, C.A; 1996.

70. Capano A, Ubach A. Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. Ciencias Psicológicas. 2013; 7(1): 83-95

71. Esplin K. La teoría de Baumrind de estilos de crianza [sede Web]. E.U.A; 2016 [actualizada el 18 de febrero de 2017; acceso 18 de octubre de 2017]. Disponible en:http://www.ehowenespanol.com/la-teoria-de-baumrind-de-estilos-de-crianza_12689194/

72. McDonald RE, Avery DR. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ta edición. Buenos Aires: Panamericana; 1990.

73. Boj QJR, Azanza N. La presencia de los padres durante el tratamiento dental de los niños: un tema realmente controvertido. Avances en Odontoestomatología. 1990; 6(4): 265-269

74. Cameron A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid: Harcourt Brace; 1998.

75. Salvador MLN. Técnicas no farmacológicas para el control de la conducta en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva de la unidad de Odontología del Hospital Rodolfo Robles Valverde durante los meses de Febrero a Junio de 2015[Tesis]. Guatemala: Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.

76. Rodríguez ACD. Manejo conductual para el tratamiento estomatológico en pacientes pediátricos. [Tesis]. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2015.

77. Lozada LMS, Guerra GME. Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Revista de odontopediatría Latinoamericana. 2012; 2 (2):40-51.

78. Tiol CA, Martínez EAA. Manejo de conducta en Odontología pediátrica. Revista Dentista y Paciente. 2018; 155: 30-37.

79. Guedes PAC, Bönecker M, Delgado RCRM. Fundamentos de Odontología: Odontopediatría. Sao Paulo; Santos. 2011.

80. Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no farmacológicas del manejo del comportamiento en niños.
81. Pinkham JR. Odontología Pediátrica. 3era edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2001
82. Barber TK, Luke LS. Odontología Pediátrica. 4ª edición. México: Manual Moderno; 1985

ANEXOS



**ANEXO 1: INSTRUMENTO SOMETIDO A VALIDACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**



**ESCALA DE NIVEL DE DOMINIO SOBRE EL USO DE TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL
NO FARMACOLÓGICO POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO DE LA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE LA FES ZARAGOZA**

Grupo: ____ **Edad:** ____ **Género:** ____ **Folio:** ____

De las siguientes técnicas no farmacológicas marca con una x el nivel de dominio que consideras tener (Responde con la mayor sinceridad posible):

<i>Técnicas de comunicación</i>	Dominio total	Dominio parcial	Dominio mínimo	Sin dominio
Instrucciones				
Lenguaje pediátrico				
Distracción				
Ludoterapia				
Control de voz				
No verbales				
Reducción de ansiedad				
<i>Técnicas de modificación de conducta</i>				
Imitación				
Desensibilización				
Refuerzo				
<i>Técnicas de limitación</i>				
Bloque de mordida				
Estabilización protectora (Restricción física)				
Mano sobre boca				
Otra (¿cuál?)				

Marca con una X el paréntesis

1.- Durante tu formación Preclínica, ¿Recibiste información sobre las técnicas conductuales no Farmacológicas?

Mucha Poca Nada

2.- ¿Consideras que es necesario conocer las técnicas conductuales no farmacológicas?

Muy necesario Necesario Innecesario

3.- Durante la atención clínica de alguno de tus pacientes pediátricos ¿se ha presentado alguna situación conductual en la que no sepas cómo actuar?

Si Algunas veces Nunca

4.- ¿En qué grupo de edad se te dificulta más la atención odontopediátrica?

2-6 años 7- 12 años 12- 18 años

5.- Antes de atender a tu paciente ¿le explicas brevemente a los padres las técnicas que puedes utilizar durante la atención odontológica?

Siempre No Algunas veces

6.- Después de informarles de forma explícita a los padres las técnicas que posiblemente se pueden aplicar con su hijo, ¿El padre mostró negación hacia alguna de las técnicas?

Si No

¿A cuál? _____

7.- En algún momento de tu práctica Clínica ¿Hubo negación en la cooperación por parte de los padres?

Nunca Alguna vez Más de una ocasión

8.- Durante la consulta odontológica ¿hubo alguna situación que impidiera seguir con la sesión?

Nunca Alguna vez Más de una ocasión

9.- ¿Consideras que sería necesaria la elaboración de una guía de apoyo que contenga los aspectos básicos para el manejo y control de la conducta de un paciente pediátrico?

Muy necesario Necesario Innecesario

10.- Considerando que existiera una guía de apoyo, ¿La consultarías antes de comenzar a atender pacientes pediátricos?

Seguro la consultaría Tal vez la consultaría
 Tal vez no la consultaría Seguro no la consultaría

ANEXO 2: VALIDACIÓN INTERJUECES

Validación interjueces 1: C.D. Esp. Gustavo Chávez Peregrina

- LAS TÉCNICAS SE VEN ACORDE, INTEGRALMENTE PARA QUE LOS ALUMNOS PUEDAN ESTABLECER UN MANEJO CLÍNICO
- DENTRO DE LA TEORÍA ESTOMATOLÓGICA SE DEBE AUMENTAR LA TEMÁTICA DE LAS ESTRATEGIAS Y EL COMPORTAR DEL PX PEDIÁTRICO

C.D. Esp. Gustavo Chávez Peregrina
G. Chávez


Validación interjueces 2: C.D. Esp. Claudia Curiel Najjar

- 1) Opción de respuesta si / No
- 10) " " " " si / no
En caso de responder no → cuantificar la razón (mes).


Esp. O.P. Claudia Curiel Najjar
C. Curiel

Validación interjueces 3: C.D. Esp. Noel Arias Márquez

- Validación - 5
- Poca de confianza - 10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



f x10
Df ✓
Z ✓

ESCALA DE NIVEL DE DOMINIO SOBRE EL USO DE TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL NO FARMACOLÓGICO POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE LA FES ZARAGOZA

Grupo: ___ Edad: ___ Género: ___ Folio: ___

De las siguientes técnicas no farmacológicas marca con una x el nivel de dominio que consideras tener (Responde con la mayor sinceridad posible):

Técnicas de comunicación	Dominio total	Dominio parcial	Dominio mínimo	Sin dominio
Instrucciones (0-4-4)	x			
Lenguaje pediátrico	x			
Distracción	x			
Ludoterapia				
Control de voz				
No verbales				
Reducción de ansiedad				
Técnicas de modificación de conducta				
Imitación - Modelo				
Desensibilización				
Refuerzo positivo				
Refuerzo negativo				
Técnicas de limitación				
Bloque de mordida				
Estabilización protectora (Restricción física)				
Mano sobre boca				
Otra (¿cuál?)				

Liker

Toto Muy de acuerdo de acuerdo Neutral

Marca con una X el paréntesis de acuerdo

- 1.- Durante tu formación Pre-clínica, ¿Recibiste información sobre las técnicas conductuales no Farmacológicas?
() Mucha () Poca () Nada
- 2.- ¿Consideras que es necesario conocer las técnicas conductuales no farmacológicas?
() Muy necesario () Necesario () Innecesario
- 3.- Durante la atención clínica de alguno de tus pacientes pediátricos ¿se ha presentado alguna situación conductual en la que no sepas como actuar?
() Si () Algunas veces () Nunca
- 4.- ¿En qué grupo de edad se te dificulta más la atención odontopediátrica?
() 2-6 años () 7-12 años () 12-18 años
- 5.- Antes de atender a tu paciente le explicas brevemente a los padres las técnicas que puedes utilizar durante la atención odontológica?
() Si () No () Algunas veces
- 6.- Después de informarles de forma explícita a los padres las técnicas que posiblemente se pueden aplicar con su hijo, ¿El padre mostró negación hacia alguna de las técnicas?
() Si () No

¿A cuál? _____

- 7.- En algún momento de tu práctica Clínica ¿Hubo negación en la cooperación por parte de los padres?
() Nunca () Alguna vez () Más de una ocasión
- 8.- Durante la consulta odontológica ¿hubo alguna situación que impidiera seguir con la sesión?
() Nunca () Alguna vez () Más de una ocasión

• Apegarse a escala Likert
• Revisar nombre de las técnicas
• Reducir - ajustar rango - grupos de edad.

Revisó
Noel Arias
19/04/18

Validación interjueces 4: Dra. Lilia Adriana Juárez López

Obse.

Modificar los grupos de edad

La pregunta 8 es poca precisa. Se sugiere realizar 2

- 1) una que abarque la imposibilidad de controlar la conducta
- 2) otra que incluya alguna contingencia del paciente como vomito o incontinencia

Rubén A. J. S.

Dra. Adriana Juárez López

Validación interjueces 5: C.D. Esp. Ernesto Casillas Álvarez

CON EL OBJETIVO DE OBTENER LA COOPERACIÓN DE UN INFANTE, EL ESTOMATÓLOGO NO SÓLO DEBE ESTABLECER ADECUADA RELACIÓN ARMÓNICA CON ÉL, SINO TAMBIÉN EMPLEAR TÉCNICAS DE CONTROL DE CONDUCTAS EFICACES.

PARA ELLO, ES INDISPENSABLE CIERTOS CONOCIMIENTOS DEL DESARROLLO INFANTIL Y TIPO DE CONDUCTA Y APLICAR TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL NO FARMACOLÓGICAS.

SON CLARAS LAS PREGUNTAS, CON BUENA REDACCIÓN Y ESTILO.

C.D. ERNESTO CASILLAS ÁLVAREZ





ANEXO 3: INSTRUMENTO FINAL (VALIDADO)
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



**ESCALA DE NIVEL DE DOMINIO SOBRE EL USO DE TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL
 NO FARMACOLÓGICO POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE SEGUNDO AÑO DE LA
 CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE LA FES ZARAGOZA**

Grupo: ____ **Edad:** ____ **Género:** ____ **Folio:** ____

De las siguientes técnicas no farmacológicas marca con una x el nivel de dominio que consideres tener (Responde con la mayor sinceridad posible):

<i>Técnicas de comunicación</i>	Dominio total	Dominio parcial	Dominio mínimo	Sin dominio
Instrucciones (Decir-Mostrar- Hacer)				
Lenguaje pediátrico				
Distracción				
Ludoterapia				
Control de voz (Modulación)				
No verbales				
<i>Técnicas de modificación de conducta</i>	Dominio total	Dominio parcial	Dominio mínimo	Sin dominio
Imitación (Modelamiento)				
Desensibilización				
Refuerzo positivo				
Refuerzo negativo				
<i>Técnicas de limitación</i>	Dominio total	Dominio parcial	Dominio mínimo	Sin dominio
Bloque de mordida				
Estabilización protectora (Restricción física)				
Mano sobre boca				
Otra (¿cuál?) _____				

Responde las siguientes preguntas

1.- Durante mi formación Pre-clínica, ¿Recibí información sobre las técnicas conductuales no Farmacológicas?

Mucha información Poca información Nula información

2.- ¿Considero que es necesario conocer las técnicas conductuales no farmacológicas?

Muy necesario Necesario Innecesario

3.- Durante la atención clínica de alguno de mis pacientes pediátricos ¿se ha presentado alguna situación conductual en la que no sepa cómo actuar?

Si Algunas veces Nunca

4.- ¿En qué grupo de edad se me dificulta más la atención odontopediátrica?

2-4 años 5- 6 años 7- 8 años 9-10 años 11 y mas

5.- Antes de atender a mi paciente ¿les explico brevemente a los padres las técnicas que puedes utilizar durante la atención odontológica?

Siempre No Algunas veces

6.- Después de informarles de forma explícita a los padres las técnicas que posiblemente se pueden aplicar con su hijo, ¿El padre mostró negación hacia alguna de las técnicas?

Si No

¿A cuál? _____

7.- En algún momento mi práctica Clínica ¿Hubo negación en la cooperación por parte de los padres?

Nunca Alguna vez Más de una ocasión

8.- Durante la consulta odontológica ¿hubo alguna situación que me impidiera controlar la conducta de mi paciente y por lo tanto suspender la sesión (berrinches, rabietas, miedo etc.)?

Nunca Alguna vez Más de una ocasión

¿A cuál? _____

9.- ¿Considero que sería necesaria la elaboración de una guía de apoyo que contenga los aspectos básicos para el manejo y control de la conducta de un paciente pediátrico?

Muy necesario Necesario Innecesario

10.- Considerando que existiera una guía de apoyo, ¿La consultaría antes de comenzar a atender pacientes pediátricos?

Seguro la consultaría Tal vez la consultaría
 Tal vez no la consultaría Seguro no la consultaría



ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA



GUÍA BÁSICA DE APOYO PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO



ARELI YOJANET RUIZ CHAVEZ
MOISÉS URIEL HERNÁNDEZ CEJUDO

ÍNDICE

Contenido	Página
Introducción	1
1. Consideraciones básicas	2
• 1.1 Ambiente odontológico.....	2
• 1.2 Primera consulta	4
• 1.3 Objetivos de la primera consulta.....	5
2. Recomendaciones del perfil del operador y asistente	6
• 2.1 Actividades para fomentar la conducta cooperadora.....	8
3. Tipos de pacientes según su conducta (Lamsphire) y su manejo...	10
• 3.1 Paciente cooperador.....	10
• 3.2 Tenso cooperador.....	11
• 3.3 Paciente aprehensivo exteriorizado.....	12
• 3.4 Paciente miedoso.....	13
• 3.5 Paciente terco o desafiante.....	14
• 3.6 Paciente hiperactivo.....	15
• 3.7 Paciente excepcional.....	16
4. Tipos de llanto	17
5. ¿Cómo actuar ante una urgencia dental?	18
6. Importancia de la explicación, información y aceptación del consentimiento informado de las técnicas conductuales	19
• 6.1 Ejemplo de consentimiento informado	20
Bibliografía	22

INTRODUCCIÓN

La presente guía fue elaborada a partir de los datos obtenidos de nuestra investigación por medio del cuestionario aplicado a los alumnos inscritos en el módulo clínica estomatológica integral I del segundo año de la carrera de cirujano dentista de la FES Zaragoza durante los meses de abril y mayo de 2018 denominado: “nivel de dominio sobre el uso de las técnicas de manejo conductual no farmacológicas” y tiene como objetivo apoyar al alumno en sus roles de operador y asistente con la finalidad de que le brinde a su paciente una atención adecuada.

Su contenido está basado en recomendaciones que apoyarán al operador-asistente a manejar las diversas y más comunes situaciones que se presentan en la práctica clínica. En sus apartados incluyen recomendaciones básicas para la atención odontológica pediátrica desglosando las actividades a realizar para mejorar la calidad en la atención.

En el primer apartado se mencionan las consideraciones básicas que se deben tener antes de atender al paciente tales como el ambiente del área clínica el cual debe ser agradable y confortable, así como la relación de cordialidad que se debe tener desde la primera consulta con el paciente y los padres.

En el segundo apartado se incluyen algunas recomendaciones que el operador y el asistente deben tener en cuenta antes y durante la atención al paciente para fomentar una conducta cooperadora.

En el tercer apartado se muestra una clasificación con los tipos de paciente que se pudiesen presentar en la consulta, las diferentes técnicas a aplicar con cada uno de ellos y las actividades a realizar en cada sesión.

En el cuarto apartado se explica paso a paso la forma de actuar ante una urgencia dental.

Y por último en el quinto apartado se menciona la importancia de contar con un consentimiento informado en el que se incluya información sobre el uso de las técnicas de manejo conductual no farmacológicas con el fin de informar al padre o tutor sobre su posible uso durante los procedimientos y que él esté de acuerdo o no en autorizar cada una de ellas y de esta forma estar protegido ante cualquier problema o mal entendido que llegara a suceder.

Debe aclararse que el nivel con el que está elaborada esta guía está acorde a los conocimientos y capacidades que el alumno debe adquirir durante el segundo año de la carrera debiendo reconocer el límite de sus capacidades, y que por ningún motivo se debe sustituir al especialista.

1. CONSIDERACIONES BÁSICAS

1.1 Ambiente odontológico

Se debe contar con un área adecuada recreativa en la cual los niños puedan integrarse, esto puede ayudar al niño a separarse de sus padres cuando él se incorpore al área clínica además de que permite disminuir la ansiedad.

El ambiente es primordial para brindar confianza al paciente al momento que ingresa a la consulta. Si hay algo que la su atención se sentirá más cómodo y al mismo tiempo sirve de distractor para evita que su conducta no sea la esperada.

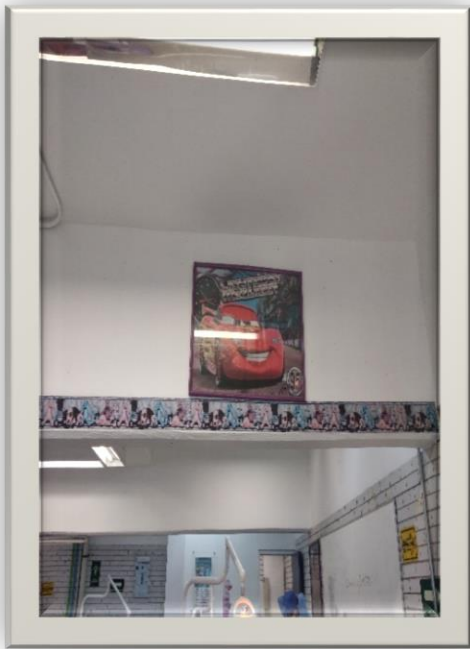


Figura1. El ambiente debe ser confortable para el paciente
*FD

Se propone que el operador cuente con juguetes que sean colocados en la unidad para que sea más atractiva para los niños. También que el área donde se trabaja este adornada con personajes de moda que le niño identifique.



Figura 2. Adaptación del consultorio al ambiente infantil
*FD



Figuras 3 y 4. Se debe contar con imágenes de los personajes de moda
***FD**



Figura 5. Utilización de métodos didácticos para la explicación de los
tratamientos a realizar.
***FD**

1.2 Primera consulta

Este es el primer contacto del odontólogo (operador-asistente), niño y padres o tutores en donde se establecen los lazos de comunicación y las primeras impresiones que favorecerán o dificultarán la atención al paciente pediátrico.

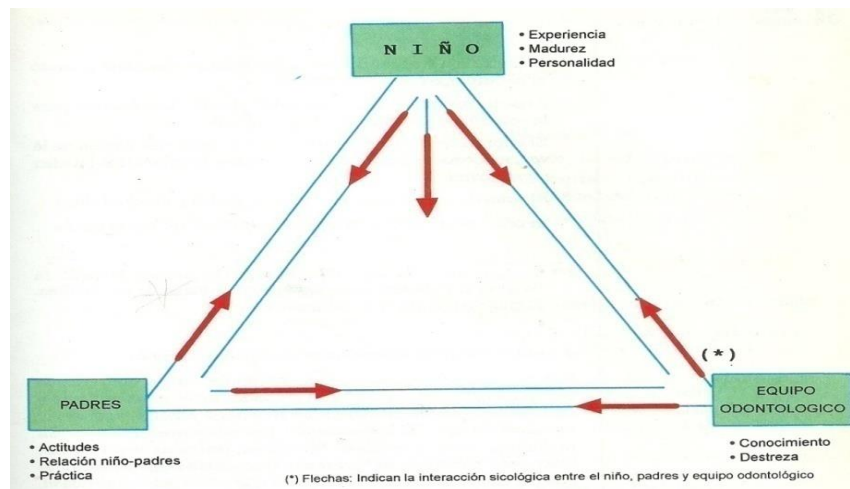


Figura 6. Factores que influyen en el comportamiento del niño
Fuente: Castillo MR. Manual de odontología pediátrica.

Es aquí donde el operador al tener el primer contacto con el niño, debe observar desde que se encuentra en la sala de espera la conducta que muestra, así como su nivel de madurez psicológica y aunado a esto la personalidad de quien lo trae a la consulta.



Figura 7. El operador debe mostrarse empático al primer contacto.
***FD**

La primera visita debe ser agradable, positiva y lo más simple posible ya que el comportamiento futuro del niño va a depender de gran parte de ella.

Es necesario empezar con los procedimientos más sencillos e ir avanzando a los más complejos (técnica de desensibilización) con la excepción de aquellos tratamientos que sean catalogados como de urgencia.

Se realizarán procedimientos simples como la historia clínica, profilaxis, toma de radiografías y aplicación de fluoruro, de esta forma se buscará adaptar al niño para los tratamientos más invasivos.

Es importante informarle al niño el tratamiento que se le realizará cuidando que no sea un exceso de información o muy poca.

En caso de que en esta cita no acuda por alguna urgencia se tiene que comenzar con la realización del expediente clínico para así conocer tanto su información personal, social y clínica. Esta anamnesis tiene que ser exhaustiva. Al igual se debe seguir indagando en las citas posteriores.

1.3 Objetivos de la primera consulta

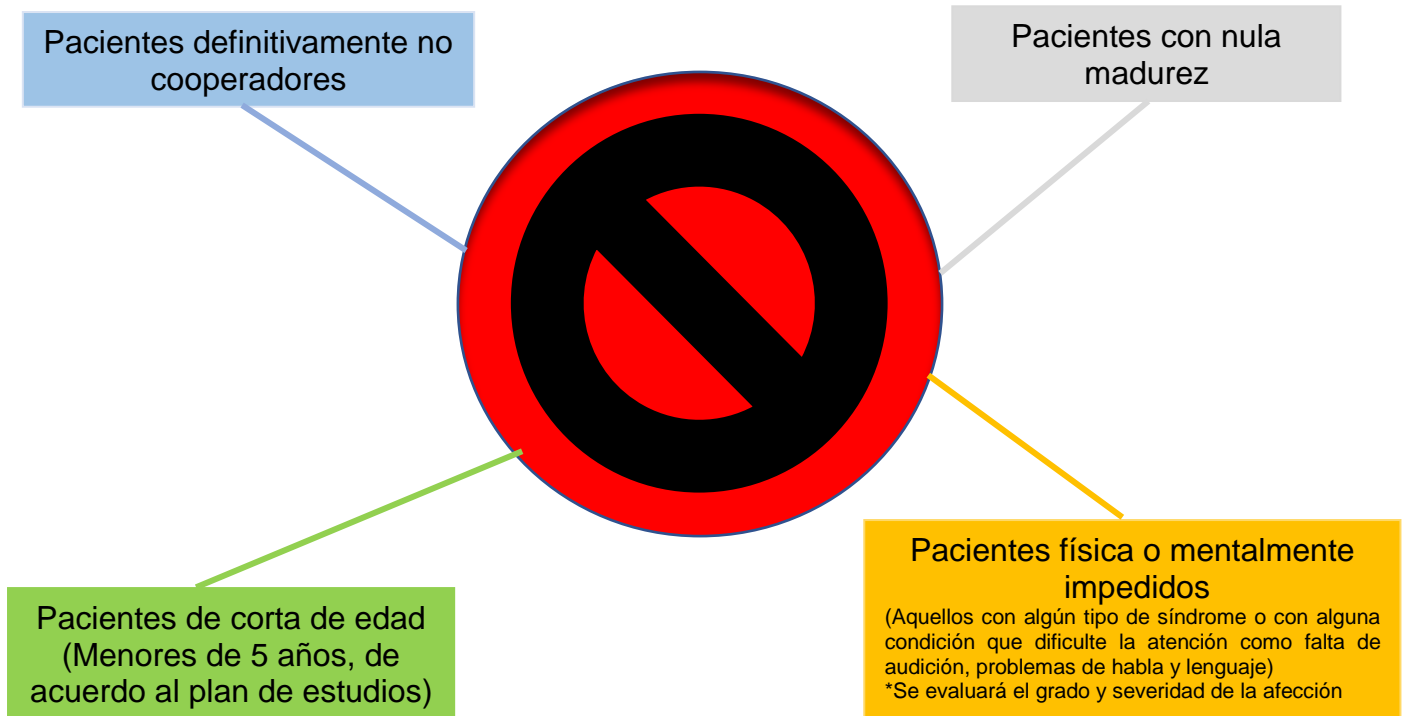
- Establecer un lazo de comunicación tanto con los padres y con el niño.
- Recopilar datos relevantes que proporcionan los padres del niño ya que con esto podremos reforzar la confianza y fomentar la seguridad.
- Conocer si el niño ha tenido experiencias previas.
- Identificar el posible tipo de conducta que presentará.



Figura 8. El alumno debe generar un lazo de confianza con su paciente.

*FD

PACIENTES QUE SE DEBEN REMITIR AL ESPECIALISTA



2. RECOMENDACIONES DEL PERFIL DEL OPERADOR Y ASISTENTE (ALUMNOS)

Se sugiere que el alumno conozca lo que debe hacer:



- Conocer el nombre del paciente
- Presentarse con el paciente, saludarlo, estrecharle la mano y mirarlo a los ojos
- Permitir que vaya al baño antes de iniciar la cita.
- Permitir que se siente solo en el sillón.
- Realizar la valoración extraoral, así como la intraoral para vaciar en la historia clínica.
- Hacer mención al padre de familia y al niño que se revisara para que no se sienta agredido.
- En la toma de impresiones que tenga un ayuno de 2 horas antes de presentarse a la cita.
- Evitar que la luz incomode al niño.
- Colocar adecuadamente todas las barreras de protección al niño.
- Evitar que el instrumental esté a la vista del niño, sobre todo si se trata de material punzo cortante.
- Se debe revisar que el dique esté bien adaptado y también emplear una adecuada succión para que no haya riesgo de bronco aspiración.
- Utilizar una adecuada técnica de anestesia y si es necesario un reforzamiento para evitar molestias durante el tratamiento.
- Utilizar analogías para explicarle al niño el procedimiento que se va a realizar.

El alumno debe evitar realizar las siguientes acciones:

- Utilizar lenguaje inadecuado subestimando al niño.
- Tomar o levantar al niño innecesariamente.
- Tomar al niño sin el permiso de la madre o el padre.
- Evitar ignorar al niño y central la conversación hacia los padres.
- Hacer movimientos y mover el sillón sin avisarle al niño.
- Utilizar ciertas palabras que generen temor (aguja, inyección, anestesia, sangre, cortar).
- Evitar preguntas que hagan que el niño tome el control.
- Desestimar el dolor del niño, sus sentimientos de temor, inseguridad y ansiedad.

Ocasiones en el padre puede estar presente

- ❖ Cuando el niño no se altere con la presencia del padre y sea de apoyo en la colaboración de la atención del niño.
- ❖ En la toma de decisiones e información acerca de los tratamientos
- ❖ Cuando este sirva de apoyo emocional sobre todo en niños muy pequeños.

Ocasiones en la que los padres no deben estar presentes

- ❖ Cuando interfieran en la comunicación
- ❖ Si el padre está más ansioso que el niño.



Figura 9. Presencia del padre o tutor durante la consulta.
*FD

2.1 Actividades para fomentar la conducta cooperadora

Las siguientes actividades fomentadas por el alumno pueden ayudar a que la conducta de un niño sea cooperadora:

- Obtener datos del niño y ser observador
- Estructuración
- Externalización
- Empatía y apoyo

- Autoridad flexible
- Actualización continúa

Debe establecer desde un principio la comunicación con el niño ya que además de conocerlo va a permitir que el niño se relaje y coopere. Debe utilizarse un lenguaje acorde a la edad del niño utilizando una voz clara y suave, lo cual va a crear una atmósfera de confianza y un ambiente placentero.

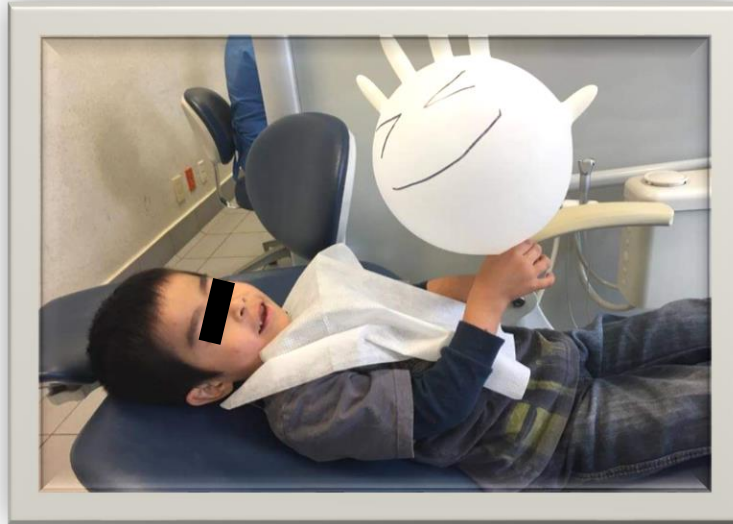


Figura 10. Premiación de la buena conducta.
*FD

Objetivos

Debe conocer las relaciones emocionales más comunes del niño, para poder brindar una mejor atención

El alumno debe de diferenciar las relaciones que son positivas y las negativas

Saber diferenciar el miedo y la ansiedad.

Consideraciones para tener en cuenta durante la atención.

- Debe tenerse en cuenta que en los niños pequeños de 2 años necesita sentirse seguro y querido por lo que debe atenderse ante la presencia de madre, padre o figura parental.
- El alumno deberá comprender el desarrollo psicoemocional para lograr un mejor acercamiento.
- Debe tener el conocimiento preciso sobre las técnicas a emplear para transmitir seguridad.
- Se debe de explicar y mostrar los instrumentos del consultorio y trabajar de acuerdo con el momento de maduración de cada uno
- No se debe de transmitir ansiedad al paciente



Formas de actuar ante los diferentes tipos de conducta:

- Conducta descontrolada: en este caso se le pide al padre que pase con el niño al consultorio para sentirlo en el sillón y que sea el quien haga el intento por establecer la disciplina, si esto no llegase a resultar el odontólogo será el que establezca los lineamientos de comportamiento.
- Ser empático con el paciente
- Tener paciencia
- Conducta desafiante: el odontólogo debe ser firme y confiado para establecer los parámetros de conducta, una vez establecida la comunicación el paciente se volverá cooperativo.
- Conducta tímida: estos pacientes habrá que acercárseles con confianza y cariño. Se deben aplicar reformadores a base de elogios para estimular su confianza.
- Conducta del paciente tenso-cooperador: se debe aplicar la técnica decir-mostrar- hacer, así como evitar en lo posible las sensaciones desagradables.

Manifestaciones de miedo o ansiedad

- ❖ Huyendo
- ❖ Agresivamente
- ❖ Llorando
- ❖ Evadiendo
- ❖ Con apatía y eludiendo o abandonando
- ❖ Vomitando
- ❖ Escondiendo el dolor o tratar de suprimirlo

Padres

Se debe recordar que la conducta que los padres presenten modificará la conducta del niño ya que ellos ejercen una profunda influencia sobre su personalidad lo cual afecta el comportamiento de este ante las distintas situaciones que se pudieran presentar. Por ello es de suma importancia que el alumno identifique el tipo de padres del que se trata para poder mejorar el trato y evitar que esto afecte el tratamiento.

3. TIPOS DE PACIENTES SEGÚN SU CONDUCTA (LAMSPHIRE) Y SU MANEJO

3.1 Paciente cooperador: Niños que permanecen física y emocionalmente relajados y cooperan durante toda la consulta, sin importar el tratamiento realizado.



Figura 11. Niño cooperador.
*FD

Técnicas a utilizar: lenguaje pediátrico, decir-mostrar- hacer y distracción.

Primera consulta

*Realizar la historia clínica también tomando en cuenta lo que refiere el niño.

*Utilizar la técnica de lenguaje pediátrico conforme a la edad del paciente y explicar lo que se va a realizar mediante la técnica de decir-mostrar-hacer. Es importante coadyuvar estas técnicas para que el paciente tenga mejor comprensión de lo que se hará posteriormente.

*Comenzar con la realización de una profilaxis con el propósito de inducir a los tratamientos dentales y con ello generar confianza.

*Si se requiere o necesita en el momento se podrá tomar radiografías, impresiones para modelos e incluso aplicaciones de fluoruro.

Segunda cita en adelante

*Reforzar las técnicas antes mencionadas e incluir elogios para motivar y mantener la conducta positiva del paciente.

*Con este tipo de paciente no habrá mayor problema de iniciar con tratamientos complejos, teniendo en cuenta que se debe empezar con lo menos invasivo (amalgamas y resinas) hasta lo más (pulpotomias, pulpectomias, extracciones, etc.).

*Al finalizar los tratamientos dentales se puede premiar la conducta positiva del paciente.

3.2 Paciente tenso cooperador: Niños que están tensos pero que, sin embargo, cooperan.

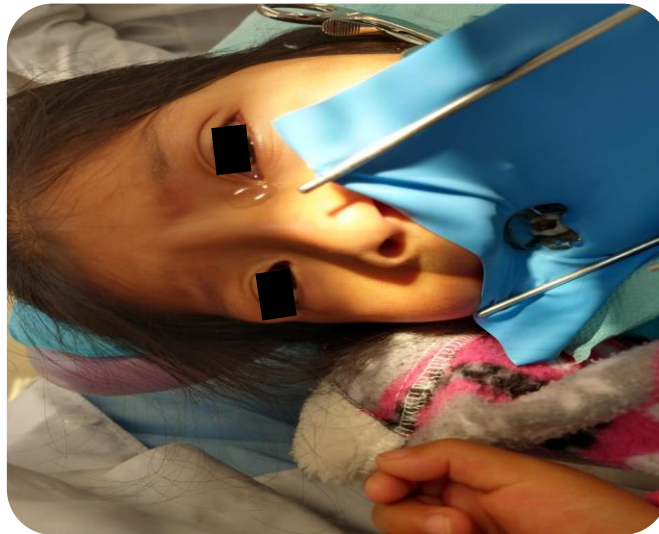


Figura 12. Paciente tenso-cooperador
*FD

Técnicas a utilizar: lenguaje pediátrico, decir-mostrar-hacer, distracción, técnicas no verbales e imitación o modelamiento.

Primera consulta

*Realizar la historia clínica también tomando en cuenta lo que refiere el niño.

*Utilizar la técnica de lenguaje pediátrico conforme a la edad del paciente y explicar lo que se va a realizar mediante la técnica de decir-mostrar-hacer. Es importante coadyuvar estas técnicas para que el paciente tenga mejor comprensión de lo que se hará posteriormente.

*Comenzar con la realización de una profilaxis con el propósito de inducir a los tratamientos dentales y con ello generar confianza.

*Siempre se debe cuidar la comunicación con el lenguaje adecuado, estos pacientes, aunque cooperen siempre estarán a la defensiva.

Segunda cita en adelante

*Realización de tratamientos más complejos

*Cualquier cambio en el tratamiento se debe explicar al niño para evitar que haya desconfianza.

*Se debe citar a este tipo de pacientes a la misma hora que acuda un paciente cooperador para aplicar la técnica de imitación o modelamiento y también reforzar con elogios cada vez que este menos tenso.

3.3 Paciente aprehensivo exteriorizado: Los que se esconden detrás de sus madres en las salas de recepción, usan técnicas obstaculizadoras y evitan mirar o hablar con el dentista.



Figura 13. Paciente aprehensivo exteriorizado
*FD

Técnicas a utilizar: lenguaje pediátrico, decir-mostrar-hacer, distracción, ludoterapia, técnicas no verbales y refuerzo negativo.

Primera consulta:

Realizar historia clínica

Utilizar la técnica de lenguaje pediátrico conforme a la edad del paciente y explicar lo que se va a realizar mediante la técnica de decir-mostrar-hacer. Es importante coadyuvar estas técnicas para que el paciente tenga mejor comprensión de lo que se hará posteriormente.

En este tipo de pacientes se tiene que utilizar las técnicas no verbales y mostrar la autoridad del odontólogo.

Segunda cita en adelante

*En caso de que el niño sea aprensivo con la presencia de quien lo lleve a consulta se deberá utilizar el refuerzo negativo que consistirá en pedirle al acompañante que salga y decirle al niño que entrará si cambia su conducta.

3.4 Paciente miedoso: Niños que requieren considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación odontológica.



Figura 14. Paciente miedoso
*FD

Técnicas a utilizar: lenguaje pediátrico, decir-mostrar-hacer, ludoterapia, modelamiento, desensibilización, distracción y refuerzo positivo.

Primera consulta

Realizar historia clínica

Utilizar la técnica de lenguaje pediátrico conforme a la edad del paciente y explicar lo que se va a realizar mediante la técnica de decir-mostrar-hacer.

Realizar profilaxis siguiendo las indicaciones antes mencionadas, con este procedimiento al no ser invasivo se generará confianza y se introducirá a los posteriores tratamientos dentales.

Segunda cita en adelante

Con este tipo de paciente se recomienda durante las primeras citas la presencia dentro del consultorio de su acompañante ya que dicha compañía le dará seguridad (tomándolo de la mano o alentándolo).

De igual forma se sugiere que operador cuente con algún juguete o peluche que le genere tranquilidad; o en su defecto pedirle que lleve a consulta algún juguete que sea de su agrado.

Utilizar la desensibilización empezando con los procedimientos menos invasivos. Permitir al niño mediante la técnica de ludoterapia que el mismo represente con su juguete los procedimientos que se están realizando.

Al momento de realizar la infiltración se debe evitar que la jeringa carpule esté a la vista y de igual forma al dejarla de utilizar.

3.5 Paciente terco o desafiante: Niños que resisten o tratan de evadir pasivamente el tratamiento por el uso de técnicas que les han dado resultados exitosos (berrinche, rabieta, vomito, agresividad, pataleos) en otras situaciones.



Figura 15. Paciente terco o desafiante
*FD

Técnicas a utilizar. No verbales, control de voz refuerzo negativo, mano sobre boca, bloque de mordida

Primera cita:

Al tratarse de un paciente con actitud desafiante el operador debe mostrar su autoridad desde el principio expresándolo mediante las técnicas no verbales.

Utilizar el refuerzo negativo, por ejemplo, evitar la presencia del acompañante y condicionar su presencia si el niño modifica su conducta

En caso de que la conducta no se modifique se podrá utilizar la técnica mano sobre boca teniendo sumo cuidado en su utilización ya que hay quienes consideran esto como un acto de agresión física hacia el niño, se debe explicar brevemente al padre en qué consiste, así como su autorización. Es importante utilizarla junto con el control de voz.

El operador debe tener en cuenta que el niño al tener este tipo de conducta en cualquier momento puede cerrar la boca por lo que es necesario utilizar un bloque de mordida o abre bocas para proteger la integridad de este mismo y del operador.

Una vez que se logre modificar la conducta se podrán utilizar las técnicas de comunicación.

3.6 Paciente hipermotivo: Niños que están agitados y adoptan una estrategia defensiva de “lucha” como gritos o pataleos.



Figura 16. Paciente hipermotivo
***FD**

Técnicas a utilizar: Lenguaje no verbal, refuerzo negativo, mano sobre boca, estabilización protectora, bloque de mordida.

Primera consulta:

- ✓ Los pacientes mostrarán el rechazo desde la primera consulta por lo que es necesario mostrar y marcar autoridad teniendo el control de la situación.

- ✓ Siempre es recomendable y más en estos pacientes comenzar con procedimientos no invasivos.
- ✓ Es común que en estos pacientes se recurra a técnicas de restricción física por lo que antes de atender se le debe explicar al padre y así mismo pedir que firme el consentimiento.
- ✓ Si el niño comienza a gritar se tendrá que utilizar la técnica de mano sobre boca; para la aplicación de esta técnica “EL PACIENTE TIENE QUE TENER ENTRE 3 y 6 AÑOS CON DESARROLLO PSICOLÓGICO NORMAL”. Se le menciona al menor que la mano se retirará hasta que deje de gritar y controle su conducta.
- ✓ Si aún no se controlan los gritos y comienza a patear se hará uso de la técnica de estabilización protectora. Esta técnica tiene variantes y estarán dados por el grado de fuerza que tenga el niño.
- ✓ Se puede comenzar desde la sujeción de manos y pies auxiliados por la madre y el asistente o llegar al grado de utilizar los aditamentos que inmovilizan al niño.
- ✓ Una vez que se ha estabilizado al niño se hará uso de los bloques de mordida o abreboca para garantizar la seguridad e integridad del niño.

Segunda cita en adelante:

- ✓ A partir de la experiencia de la primera cita se condicionará al niño para que mejore su conducta durante el tratamiento.
- ✓ Se debe elogiar y motivar los cambios obtenidos para que poco a poco tenga más confianza y no se recurra a técnicas restrictivas.
- ✓ Si el niño no modifica su conducta y su atención está fuera de las capacidades del alumno se recomienda remitir al especialista.

3.7 Paciente excepcional: Niños que son física, mental o emocionalmente impedidos.

- ❖ En estos pacientes se evaluará el grado de severidad de su afección para atenderlos.



Figura 16. Paciente mentalmente impedido
*FD

4.TIPOS DE LLANTO

El llanto es una de las principales formas de comunicación ante cualquier tipo de malestar. Es la principal reacción que con frecuencia tienen los niños frente a la ansiedad o miedo. En odontología es la primera reacción que se observa por lo que es necesario reconocer los tipos de llanto que pueden presentar.



Tipos de llanto:

- **Llanto atemorizado:** Este llanto se caracteriza por tener abundantes lágrimas, vocalización lastimera, quejas, solicitud de llamar la atención del tutor, realiza movimientos con la cabeza para evitar cualquier situación, así como también cubre su rostro con las manos evitando el contacto visual con el operador.
- **Llanto herido con poco volumen:** Es un llanto en el cual el niño va a respirar de forma alterada y va a tener movimientos de las manos y sus extremidades van a estar tensas.

- **Llanto obstinado:** Va a consistir en un llanto fuerte, con órdenes, amenazas, gritos, movimientos de la musculatura y se observa una conducta agresiva con actitud desobediente tipo pataleta.
- **Llanto compensador:** este tipo de llanto es muy distinto ya que va a consistir en una serie de sonidos que más bien sirven para compensar, neutralizar los ruidos que se producen por los equipos o instrumentos odontológicos

5. ¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA URGENCIA DENTAL?

¡URGENCIA DENTAL!

- El alumno deberá contar con material básico para la atención.
- Realizar una historia clínica con los datos más relevantes.
- La evaluación de la urgencia tiene que ser exhaustiva y no solo basarse en las manifestaciones clínicas visibles; se debe inspeccionar las áreas circundantes.
- En caso de que la urgencia comprometa la integridad del niño lo mejor es remitir al servicio hospitalario.
- Las evaluaciones de las urgencias nos ayudarán a saber si el niño es maltratado.
- Tomar en cuenta que el paciente se presenta con dolor por lo que su conducta no será cooperadora.
- Evitar que los padres obstaculicen la atención del niño, siempre pedirle que mantenga una distancia para ser lo más eficiente con la atención de la urgencia.
- Tranquilizar a los padres siempre explicándole lo que se va a realizar.
- Si se hace un buen manejo del dolor podremos saber cuál es la conducta que se espera para las siguientes sesiones.
- Se usará la estabilización en la mayoría de los casos por lo que se hace hincapié que se le explique al padre la técnica.
- No se debe dejar de lado las técnicas de comunicación porque, aunque el paciente no muestre una buena conducta puede desencadenar que su conducta no sea adecuada para las siguientes sesiones.
- Una vez que la urgencia fue tratada no se recomienda que se le haga algún otro tratamiento en ese mismo momento.



SUGERENCIAS

La reducción del miedo y la ansiedad se puede lograr a través de la prevención, con la cual se pretende reducir las experiencias traumáticas haciendo tratamientos poco invasivos.

Los métodos más efectivos para reducir el temor o ansiedad en los niños son:

- Implementación de modelos positivo
- Reducir la incertidumbre proporcionándole información
- Brindarle apoyo emocional a través de la comunicación no verbal positiva
- La información que se le brinde debe ser suficiente para que comprenda lo que se le va a realizar, en caso de ser excesiva esto provocará más ansiedad, pero igual pasa si se le brinda poca información
- Evitar que los padres demuestren su ansiedad
- Hablar con el niño respecto a sus miedos; esto ayudará a reducir lo que provoca el miedo
- No dejar que el niño vea a otros niños teniendo malas experiencias
- Permitir al niño que observe a un buen paciente
- En caso de saber que es un paciente problema, programar a pacientes cooperadores para que sea un ambiente tranquilo

6. IMPORTANCIA DE LA EXPLICACIÓN, INFORMACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES.

Los padres siempre cuidarán de la integridad de sus hijos por lo que cualquier acción derivada del uso de las técnicas sobre todo la de control de voz y las de restricción física pueden ser interpretadas como una agresión hacia el niño y pueden representar problemas incluso de carácter legal para el alumno. Por este motivo y para estar protegido ante cualquier situación que se pueda originar se recomienda que aparte de tener el consentimiento actual donde solo se informa de los tratamientos a realizar se le anexe un apartado de las técnicas conductuales.

Es importante que la redacción sea clara y que se abarquen los aspectos que se trabajaran durante la práctica con el fin de que el padre este informado sobre los posibles complicaciones o técnicas a utilizar.

Nunca se deberá realizar algún procedimiento dental o aplicación de alguna técnica sin la autorización de los padres o tutores, en caso de hacer lo contrario podría tener repercusiones legales.

RECOMENDACIONES

- ❖ Preguntar al padre o tutor si sabe leer y escribir, en caso contrario se optará por leer completo el consentimiento y pedir que firme con su huella.
- ❖ Siempre preguntar si hay dudas o si algún punto no está claro.
- ❖ Se debe tener el consentimiento autorizado por el padre o tutor antes de comenzar cualquier procedimiento dental.
- ❖ Revisar antes de que se retire el paciente que el padre firme las notas de evolución.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CLINICA UNIVERSITARIA DE
ATENCIÓN A LA SALUD _____**



Exp. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ padre o tutor de _____
_____ manifiesto que los datos proporcionados son
verídicos y en caso de omitir o falsear la información, estoy por entendido que el
tratamiento puede tener complicaciones, así como no tener una buena evolución.
El alumno _____ me ha informado de
manera clara y concisa del estado de salud bucal del menor, así como las
alteraciones y/o enfermedades que presenta, el plan de tratamiento a realizar,
los posibles cambios que pueden ocurrir, los costos y las ventajas o desventajas
que se presenten.

También manifiesto que se me ha informado que existen niños que necesitan ser
asistidos para lograr su cooperación para realizar los tratamientos en
condiciones adecuadas por lo que existen diferentes métodos que se podrían
utilizar en el menor para controlar su conducta y garantizar su integridad al
momento de tratar su salud bucal.

Por lo anteriormente mencionado he leído (ver anexo al reverso) y manifiesto mi
voluntad de permitir sean aplicadas las medidas pertinentes para el buen
desempeño de los tratamientos bucales.

Teniendo en cuenta que el tratamiento será realizado por estudiantes
debidamente supervisados por profesores altamente capacitados.

Nombre y firma de conformidad y
aceptación del padre o tutor.

Fecha ____/____/____

Firma del alumno.

Firma del profesor encargado

ANVERSO

Explicación de las posibles técnicas de manejo de la conducta a utilizar.

<i>Técnicas de comunicación</i>	<i>Explicación</i>
Instrucciones (Decir-Mostrar- Hacer)	Consiste en la explicación paso a paso al menor de lo que se realizará. Se le dice lo que se piensa hacer, se le demuestra y finalmente se realiza
Lenguaje pediátrico	Consiste en utilizar términos que sean comprensibles para el menor, este puede ser fantasioso para su comprensión (adecuación dependiendo la edad).
Distracción	Consiste en desviar la atención del menor para disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable durante el tratamiento dental (contar cuentos, ver películas)
Ludoterapia	Consiste en la utilización de juguetes para la explicación de los tratamientos o aumentar la seguridad que siente el menor al tener el juguete.
Control de voz (Modulación)	Consiste en que el operador module su voz para adoptar una actitud de autoridad para conseguir la atención del paciente y proyectar el control de la situación.
No verbales	Referente a la expresión facial, tono de voz y la posición del clínico frente al niño.
<i>Técnicas de modificación de conducta</i>	
Imitación (Modelamiento)	Consiste en que el niño observe a otro niño que esté siendo atendido y que presente buena conducta para que se tome como modelo para imitarlo.
Desensibilización	Esta técnica se emplea para reducir los temores y la tensión del paciente comenzando con procedimientos fáciles hasta los más complejos.
Refuerzo positivo	Consiste en gratificar al niño cuando su comportamiento es adecuado demostrando que se valora su comportamiento.
Refuerzo negativo	Consiste en retirar la gratificación cuando el niño no muestra buena conducta con el fin de que mejore.
<i>Técnicas de limitación</i>	
Bloque de mordida	Aditamentos utilizados para el control de la apertura bucal con el fin de proteger su integridad.
Estabilización protectora (Restricción física)	Sujeción parcial o total para inmovilizar a un niño no cooperador para impedir que sus movimientos pongan en peligro su integridad física o la del personal tratante.
Mano sobre boca	Técnica aplicada en niños que continúan con una conducta no cooperadora con gritos y movimientos corporales, consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca, cuidando en no obstruir la respiración. Con ello se busca lograr su atención y que escuche la explicación, condicionando al niño con retirar la mano hasta que se tranquilice y coopere.

REVERSO

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbería E, Boj RJ, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatria. 2ª edición. España: Masson; 2001.
2. Escobar MF. Odontología Pediátrica. Madrid: Ripano2012.
3. Castillo MR. Manual de odontología pediátrica. Colombia: Actualidades Médicas Odontológicas Latinoamericanas, C.A; 1996.
4. Pinkham JR. Odontología Pediátrica. 3era edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2001
5. Barber TK, Luke LS. Odontología Pediátrica. 4ª edición. México: Manual Moderno; 1985
6. Ricaurte CVC. Área de ambientación y motivación para odontopediatria. [Tesis] 2015. Ecuador: Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.
7. Guarderas PVA. Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediátrica de la Clínica de la Universidad de las Américas [tesis]. Ecuador: Facultad de odontología de la Universidad de las Américas; 2016.
8. Biondi AM, Cortese SG. Odontopediatria, fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor, 2010.