



**Universidad Nacional Autónoma De México**

---

**Facultad De Estudios Superiores Iztacala**

**“Los niños y sus padres en el consultorio odontopediátrico: la  
contribución de la psicología”**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**Rosario Guadalupe García Hernández**

**Jurado**

**Director Dr. Héctor Octavio Silva Victoria**

**Dictaminadores Lic. Luís Galindo Rodríguez**

**Mtro. Antonio Rosales Arellano**



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2021



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.

*“Sembrar en los niños buenas ideas,  
aunque no las entiendan; los años se  
encargarán de descifrarlas en su  
entendimiento y hacerlas florecer  
en su corazón”*

**María Montessori**

*“Nadie pregunta cómo motivar a un bebé. Un bebé  
de forma natural explora todo lo que puede, a  
menos que se lo impidan. Y, aun así, esta tendencia  
no muere sola, es aniquilada.”*

**B.F. Skinner**

*“Es más sencillo obtener lo que se desea con una  
sonrisa que con la punta de una espada.”*

**William Shakespeare**

## **Agradecimientos**

Al Dr. Héctor Silva quien siempre fungió más allá de un papel de profesor, siempre estuvo al pendiente de todos sus alumnos haciendo lo posible por dar lo mejor dentro de clase y mostrar apoyo académico.

Al Lic. Luis Galindo quien siempre se mantuvo al pendiente de esta investigación, me tuvo paciencia y supo guiarme durante la misma. Agradezco su actitud tan positiva y entusiasta de mostrar la psicología.

Al Mtro. Antonio Rosales, sin duda alguna un gran ser humano y un excelente psicólogo al que siempre le estaré agradecida por ser parte de esta investigación y sobre todo por ser un guía durante los últimos años de la carrera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México ¡hoy, mañana y siempre por mi raza y por mi espíritu! Siempre agradecida por cada día que me brindaste las herramientas para hacer un cambio real a través del conocimiento, del pensamiento crítico, de la investigación y la humanidad misma. No olvidaré las palabras de Vasconcelos *"Imaginé así el escudo universitario que presenté al Consejo, toscamente y con una leyenda: Por mi raza hablará el espíritu, pretendiendo significar que despertábamos de una larga noche de opresión"*.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, más allá de todo siempre fue un verdadero hogar, con cálida compañía, y sobre todo te agradezco haberme dado la suficiente libertad de mostrar todos mis pensamientos, críticas, proyectos con libertad.

A mi amado CCH Vallejo; no estaría cumpliendo este logro sin tu aprender a aprender, sin duda la autonomía la aprendí aquí.

## **Dedicatorias**

A mis padres quienes estuvieron constantemente forjando mi carácter, les dedico el logro de plasmar esta investigación, gracias por darme la vida, por una infancia llena de felicidad, por la formación y educación que con mucho esfuerzo lograron darme, por darme un hermano tan maravilloso y por darme la lección más grande de la vida que es la vida misma. Espero que les guste. Los amo.

A mi hermano, el niño más valiente, inteligente y protector, de quien he sentido apoyo y amor incondicional, aceptándome como realmente soy, estando en los momentos más difíciles y los más alegres; gracias, por no dejarme sola, no solo en el camino de esta investigación sino a lo largo de ya 17 años. Quien mejor que tú me pudo enseñar que hay que luchar por lo que se quiere y anhela, aunque esté fuera de los parámetros, quién mejor que tú para enseñarme que la vida se debe de disfrutar al máximo y valorar lo más simple. Te amo, siempre voy a estar contigo.

A mis abuelos Elvia y Felipe, quienes han estado al pendiente de mí desde que tengo memoria enseñándome lecciones de vida llenas de sabiduría, paz y tranquilidad, impulsándome a seguir, y sobre todo a ser una mejor persona. Abuela gracias por brindarme tanto amor, paciencia, por tus palabras tan sabias, por nunca dejarme sola. Abuelo siempre me enseñaste algo nuevo, gracias por tus bromas, tus juegos de palabras que me hacían estar más buza, pero sobre todo gracias por enseñarme a que todo lo puedo hacer y que solo tengo que ser mañosa así como te enseñó mi bisabuelo. Gracias a los dos por tenerme todos los días en sus oraciones, en verdad los amo demasiado.

A mi abuelito Roberto (Chato), gracias por alegrarme los días, por preocuparte constantemente por mí y ayudarme cada vez que lo necesitara, aunque no lo pidiera, tu cariño siempre lo he sentido como un viento cálido que constantemente me acompaña. Te amo mucho.

A mis tíos y primos, siempre les estaré agradecida por acompañarme en la vida, verme crecer y crecer conmigo, y sobre todo no dudar ni por un segundo en apoyarme a mí o a mi familia en momentos tan duros como los que pasamos.

Tío Gaby, esta va por los dos, sin tu ejemplo, no habría llegado a la FESI, aunque no estás físicamente sé que me acompañas a donde vaya junto a mi abuelita Eva. A pesar de hacerme falta en este mundo terrenal, sé que ambos son mis dos grandes ángeles. Los amo.

Al amor de mi vida, no tengo las palabras exactas para que queden en la posteridad de este escrito y sean las precisas para expresar todo lo que me haces sentir y todo lo que significas para mí, pero sin duda quiero darte las gracias por tu apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, en esta investigación, en los años universitarios compartiendo todo conocimiento, y sobre todo en el tiempo en que me has complementado y complementarás.

A Silvia y Rafael grandes personas y sobre todo grandes seres humanos que sin duda han sido parte fundamental para seguir adelante ante la adversidad, su apoyo y palabras de aliento significan mucho, en verdad espero de todo corazón que permanezcan en mi vida. Gracias por esas tardes en las que podíamos platicar por horas de temas variados, aprendiendo un poco más de la vida, un poco más de conocimiento. Los quiero muchísimo.

Al Squad; Charlie y Jonathan por enseñarme a disfrutar mi etapa universitaria, por dejarme formar parte del squad y sobre todo por demostrar su amistad. Chicos son esos amigos que quiero conservar durante toda la vida, definitivamente me veo con ustedes en la prueba del pórtico; nos imagino a todos juntos, cómo estaremos retirados tomando té en el pórtico de nuestra casa de playa jugando bridge.

Una mención especial a la Dra. Claudia Vázquez, quien me enseñó el valor del amor propio, impulsándome a amarme, a ser constante y disciplinada. Tuvo las palabras de aliento correctas para hacerme cambiar perspectivas que me rodean, por su absoluta confianza y cariño. Gracias por ser parte de esta investigación.

También una mención especial al Dr. Gustavo Martínez, quien siempre me enseñó cosas nuevas, me ayudo constantemente a entender la odontología de una manera clara, sencilla, siendo un gran mentor, gracias también porque nunca se rindió ni perdió la paciencia mientras aprendía. Gracias por ser parte de esta investigación.

Para más información sobre el manuscrito realizado, favor de contactar con el autor del trabajo a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

[garciaiztacala@gmail.com](mailto:garciaiztacala@gmail.com)

## Índice

<b>Resumen.....</b>	1
<b>Introducción.....</b>	2
<b>Capítulo 1. El ámbito de la odontopediatría.....</b>	9
1.1 Odontología y odontopediatría en México.....	13
1.2 ¿Cómo es la salud bucal de los mexicanos? ¿y los niños?.....	18
1.3. Hábitos de los niños sobre la higiene dental .....	22
1.3.1. Hábitos de los padres al organizar la higiene bucal de los niños.....	24
<b>Capítulo 2. El psicólogo en la atención odontológica.....</b>	28
2.1 El psicólogo y sus funciones profesionales.....	29
2.1.1 Postura paradigmática.....	31
2.2 El odontólogo y sus funciones profesionales.....	32
2.3 Dos especialistas trabajando juntos	34
<b>Capítulo 3. Los niños y sus padres visitando al odontopediatra.....</b>	36
3.1 Participantes en consulta.....	37
3.2. Explicación cognitivo conductual de lo que ocurre en consulta.....	44
3.3. ¿Miedo o ansiedad?.....	54
3.4. Técnicas enfocadas en la conducta dentro de la consulta odontopediátrica.....	58
<b>Discusión.....</b>	63
<b>Bibliografía.....</b>	67



## Resumen

La siguiente investigación tienen como objetivo que el psicólogo adapte el escenario odontológico, y proporcione una guía para poder orientar a los profesionales, los padres y demás partes interesadas en las variadas técnicas para la adaptación del comportamiento utilizadas en la odontopediatría, esto, mediante el modelo cognitivo conductual. Y de esta forma, la recopilación de materiales bibliográficos referentes al tema, puedan dar un panorama claro y preciso de cómo el psicólogo puede intervenir dentro de la odontopediatría, logrando la congruencia de contenidos, así como tener un enfoque científico, logrando entender que la emoción como el miedo se puede modificar desde la cognición para poder tener una conducta adaptativa. El alza en problemas bucales en México es tan alarmante y se espera que este trabajo también pueda ayudar en los primeros acercamientos del autocuidado, concretamente en la niñez, ya que se vuelve más fácil y funcional que intentar modificar malos hábitos siendo adultos. Los resultados se verían reflejados en la salud general del niño, en la percepción que tienen los padres respecto a las citas odontológicas, el gasto gubernamental no rebasaría su presupuesto al intentar cubrir tantos tratamientos dentales, solo por mencionar las más significativas.

**Descriptores:** Psicología cognitivo conductual, cognición, conducta adaptativa, conducta desadaptativa, miedo, ansiedad dental, niños, odontopediatra.

## INTRODUCCIÓN

Pareciera que todos son expertos en realizar una buena higiene bucal, aunque generalmente está llena de hábitos inadecuados, por ejemplo, tallar rigurosamente los dientes en dirección recta en lugar de colocar el cepillo en un “*ángulo de 45° con una mitad de las cerdas sobre el diente y la otra mitad sobre la encía de manera que las cerdas se introduzcan en el surco gingival*” (Kortemeyer, 2012, p. 437), utilizar pasta a lo largo de las cerdas del cepillo cuando debería de ser en sentido transversal (Villena, 2013), solo mantener limpios los dientes y dejar de lado las encías, mejillas y lengua, preferir utilizar un palillo, siendo un “*utensilio elaborado con madera, que si bien, permite realizar la limpieza en las áreas interproximales, no se recomienda su uso por el peligro de dañar la estructura de la papila dental*” (Rizzo, Torres y Martínez, 2016, p.53). Aunque la población se lave constantemente los dientes, no se puede asegurar que la forma del cepillado sea la correcta.

Un estudio realizado por Huebner, Riedy, Behavioral en 2010, arrojó que el 84.6% de los niños de 6-7 años se cepillaban los dientes, sin diferencia significativa según sexo (citado en Carrasco y Orejuela, 2015, p. 34) sin embargo, no se avaló que el cepillado fuera correcto o que estuviera supervisado por los padres.

Pero ¿por qué la insistencia en la higiene bucal correcta? Si no se realiza de manera correcta no se accede a las zonas interdetales o bien la línea de las encías, favoreciendo el depósito y acumulación de placa dentobacteriana en el esmalte de los dientes, la cual se considera el principal factor etiológico de las enfermedades infecciosas de la cavidad bucal, su presencia, en niveles y en grados de maduración, ayuda al establecimiento de diferentes patologías bucales como la caries dental, la gingivitis y la enfermedad periodontal (Rizzo, Torres y Martínez, 2016) La Organización Mundial de la Salud en 2004 señaló que “*cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental*” (citado en Carrasco, 2015, p. 33), y en México “*las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90% de la población mexicana.*” (Secretaría de la Salud, 2012, p.12).

En México la caries afecta a alrededor del 95% de los niños menores de ocho años y al 99% de los adultos. La alta incidencia de caries entre los niños de México se debe a

## Introducción

muchos factores, entre los cuales se destaca el alto consumo de golosinas y alimentos chatarra, auspiciado por una desmedida comercialización y publicidad; se agrega la falta de conocimientos de la sociedad sobre los daños que causa a la salud dental el consumo de golosinas entre comidas y mala higiene bucal, lo cual frecuentemente es ignorado por padres y maestros. (Secretaría de Salud, 2012).

En 2016 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), reportó que el Índice de Dientes Temporales Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) en los usuarios de las instituciones de salud incorporadas a este sistema fue de: 0.10 en menores de un año, 0.97 al año y de 2.73 y 3.99 a los 2 y 3 años respectivamente, gravemente el mayor índice de CPOD perteneció específicamente a caries.

Con relación a la pérdida de dientes en los adultos mayores entre 65 a 74 años, 3 de cada 10 ya no conservan al menos 20 dientes que hagan oclusión, y los demás, mantienen en promedio 22 dientes permanentes. En éste mismo grupo de edad, el 2% son edéntulos total, mientras que, en la salud periodontal, 7 de cada 10 adultos mayores de 64 años tienen daño periodontal, y con bolsas periodontales profundasen el 2%. (Visión CEVECE, 2019).

De acuerdo con datos de la Dirección de Información en Salud, en el 2017 a nivel nacional 6,667,901 personas tuvieron limpieza bucal, se contabilizaron 2,283,999 aplicaciones de flúor, 4,024,422 obturaciones y 1,247,057 extracciones. En el Estado de México, en ese mismo año, las limpiezas bucales fueron 856,818 personas, las aplicaciones de flúor fueron 213,995, el total de obturaciones 650,250 y 152,718 extracciones (Visión CEVECE, 2019).

La mayor parte de la población desconoce que las enfermedades dentales ya mencionadas no tratadas a tiempo pueden causar problemas de salud mayores e incluso la muerte, ejemplo de ello son los datos de la Dirección de Información en Salud la cual reportó a nivel nacional en 2017 un total de 6,301 egresos hospitalarios por enfermedades dentales, de los cuales en el Estado de México fueron 1,098 (citado en Visión CEVECE, 2019), mientras que el total de defunciones a nivel nacional por enfermedades dentales fueron 107 y en el Estado de México 14. (Secretaría de Salud, 2012).

## Introducción

Las cifras anteriores nos proporcionan un panorama de los problemas bucales de la población mexicana, sin embargo, otra variable a considerar es el costo monetario, ya que se estima que el tratamiento bucal representa entre el 5 y 10% del gasto sanitario de los países industrializados, estando por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. Específicamente en México se ha criticado la desfavorable organización de los servicios dentales, ya que la atención es más de tipo curativo que de tipo preventivo, aunque la atención curativa rebasa el gasto económico de la capacidad del Sistema Nacional de Salud (Secretaría de la Salud, 2012).

Aunque actualmente la odontopediatría tiene como objetivo una atención odontológica preventiva *“es decir precoz y oportuna, interceptando y controlando el inicio de enfermedades y alteraciones en el bebé”* (Salate y Tello, 2013, p. 8) hay falta de educación sobre los hábitos de higiene y alimentación para mantener en buen estado las piezas dentales, generalmente las personas no se preocupan por su salud bucal y esto se ve reflejado *“desde la infancia porque se descuida este aspecto y sólo se recibe atención al sentir dolor”* (Sénties, 2013, s/p.).

La Asociación Dental Americana (ADA), la Academia Americana de Odontopediatría (AAPD), la Asociación Americana de Pediatría (AAP), la Asociación Europea de Odontopediatría (EAPD), la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP) y la Asociación Brasileña de Odontopediatría (ABOO), recomiendan que la primera consulta odontológica del niño ocurra antes del primer año ya que en este periodo aparece la erupción del primer diente (Sálate y Tello, 2013), sin embargo, tiempo atrás entre 1935 y 1945, incluso en países como Estados Unidos, se recomendaba que la primera visita al dentista del niño fuera a partir de los 12 años de edad, al completar la erupción de los dientes permanentes, poco tiempo después, se comenzó a orientar a los padres a llevar a sus hijos a su primera consulta entre los 6 y 7 años cuando se comenzara a mudar los primeros dientes, ya en los años 50, se estableció la edad de 3 años como la más adecuada para iniciar la evaluación de los niños, siendo una decisión basada más en la capacidad del niño de entender y cooperar en tratamientos odontológicos, en lugar de cubrir las necesidades reales odontológicas (Moscardini, Díaz, De Rossi, Nelson y De Rossi, 2017).

## Introducción

El parámetro anterior se comenzó a modificar mediante un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras potencialmente dañinas para la salud bucal del niño realizado por Goepferd en la Universidad de Iowa de 1984 a 1986, dónde concluyó que la primera visita al dentista debe ser alrededor de los 6 meses de edad ya que se consigue eficacia en la atención primaria y en el control de las caries dentales (Walter, 2012).

En la primera consulta odontológica es completamente necesario que los padres acudan, ya que mientras a el menor se le debe hacer una evaluación oral y de riesgo de caries, a los padres se le deben dar información sobre las prevención y hábitos de salud bucodental, especialmente la detección temprana y manejo de las condiciones orales que puedan mejorar la salud bucal (Salette y Tello, 2012).

La consulta anteriormente descrita debería ser la ideal, una donde el menor no presente ningún tipo de dolor que sea causante de acudir a la consulta, sin embargo, el otro lado de la moneda es que en México sólo 1% de la población joven acude al dentista de manera preventiva y el resto asiste cuando no tolera el dolor de los dientes por algún problema bucal, destaca Norma Villanueva Moreno, adscrita al servicio de Maxilofacial del Hospital Infantil de México Federico Gómez (Miranda, 2018).

Justo en esta primera cita requerida por dolor puede generar una situación de estrés para el menor por ser una experiencia nueva en un ambiente desconocido y para los padres al no saber de qué manera actuar ante el estrés del niño, el cual generalmente se manifiesta con expresiones de no colaboración, agresividad y miedo (Salette y Tello, 2012). El miedo y la ansiedad durante la consulta odontológica son muy frecuentes en la infancia, debido al ambiente que se presenta durante la cita con el odontólogo genera estrés en el niño, por la presencia de instrumentos que resultan extraños para él, así como el ruido de la pieza de alta velocidad (Loayza y Alzanza, 2017).

Si los padres no son preparados para esta situación puede hacer complicada la primera visita, o todo el tratamiento en caso de necesitarlo, e incluso puede que se abandone por parte de los padres. Si bien los odontólogos son expertos en explicar el tratamiento que puede requerir el niño y los hábitos que deberían desarrollar, son múltiples los factores que

## Introducción

condicionan el comportamiento del niño en el consultorio odontológico los cuales deben ser considerados si es que se quiere tener una atención integral.

Los principales factores que se han estudiado son la relación entre miedo y ansiedad de los padres y cómo influye en la colaboración de niños en el tratamiento odontológico tal como lo hicieron Munayco, Mattos, Torres y Blanco (2018), al realizar un estudio tipo descriptivo y transversal cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración de los padres y niños frente al tratamiento odontológico.

Se evaluó el comportamiento de 177 niños de 3 a 6 años con la escala de Frankl, arrojando que el miedo en los padres se presentó escaso o nulo (55,9%) y los niños, bajo miedo (87,6%) en mayor porcentaje, mientras que variable ansiedad en los padres presentaron baja ansiedad (57%); los niños, en su mayoría, fueron no ansiosos (64,4%) y el comportamiento de estos fue positivo (71,2%). Se concluyó así que, la ansiedad provocada por el tratamiento odontológico en los niños y los padres no está relacionado, como tampoco existe relación entre la ansiedad y el miedo que pueda experimentar los padres con respecto a la colaboración del niño, pero sí hay relación entre el miedo que pueda experimentar los padres con respecto a la colaboración del niño, así como la colaboración del niño si está relacionada con el miedo y ansiedad que ellos puedan experimentar en el tratamiento odontológico.

La experiencia de visitar al dentista para los niños puede ser modificada si se trabaja de manera integral, se debe proporcionar una guía para poder orientar a los profesionales, los padres y demás partes interesadas en las variadas técnicas para la adaptación del comportamiento utilizadas en la odontopediatría, tal como en el estudio realizado por Loayza y Alzanza (2017), en Quito Ecuador, donde participaron 40 niños de 6 a 10 años de edad con alto riesgo de caries, los cuales fueron asignados de forma aleatoria en dos grupos de acuerdo a la técnica de acondicionamiento aplicada, y así se compararon dos técnicas de acondicionamiento para atención infantil, que son; la técnica de decir, mostrar y hacer, la técnica de distracción visual-auditiva; para poder identificar el grado de aceptación y colaboración de los niños al tratamiento preventivo con sellantes. Se realizaron dos citas para la atención: en la primera se llenó la historia clínica y la profilaxis, en la segunda se realizó un sellante, para poder valorar el comportamiento antes y después de la aplicación de un

## Introducción

sellante se utilizó la escala de Frankl, el estudio concluyó que las dos técnicas son eficaces para que los niños acepten de mejor manera el procedimiento preventivo con la colocación de sellantes, pero, en casos donde niños llegaron con experiencias negativas previas fue mucho más efectiva la técnica decir, mostrar y hacer.

Así pues, debe haber un experto que tenga entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño; así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, para poder definir la mejor técnica para el manejo del comportamiento que se empleará en el paciente y así lograr obtener los mejores resultados, ese experto es el psicólogo cognitivo conductual.

Modificar la conducta en el consultorio dental se puede lograr modificando diversas variables en las cuales psicólogo es experto, una de las principales es la emoción que puede manifestar el menor ante lo desconocido; el miedo. Siendo una emoción el psicólogo cognitivo conductual puede ayudar a la regulación emocional la cual incluye la capacidad para modular la respuesta fisiológica relacionada con la emoción, la implementación de ciertas estrategias para dar una respuesta ajustada al contexto y la organización de estas estrategias para lograr metas a nivel social (Thompson, 1994, citado en Vargas y Muñoz, 2013).

Ahora bien, en concreto la terapia cognitivo conductual parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (el psicólogo ayuda en esta educación a experto, padres y niño). De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta se centran en la conducta observable (la conducta del niño) y el ambiente en el que se produce (en el consultorio dental) por supuesto fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Respecto a lo anterior, surgen diversas dudas ante el ámbito psicológico dentro del consultorio dental, sin embargo, las que más resaltan son las siguientes; ¿cuáles son las habilidades que debe tener el psicólogo que trabaja el odontopediatra?, ¿qué características debe tener el consultorio odontopediátrico?, y ¿cuáles son las conductas que deberían desarrollar los niños y sus padres?

## Introducción

Admitiendo que el alza en problemas bucales en México es tan alarmante como la poca o nula intervención gubernamental, no se logra divisar que invertir en etapas primarias es la mejor opción, actuando desde los primeros acercamientos del autocuidado, concretamente en la niñez, se vuelve más fácil y funcional que intentar modificar malos hábitos siendo adultos. Los resultados se verían reflejados en la salud general del niño, en la percepción que tienen los padres respecto a las citas odontológicas, el gasto gubernamental no rebasaría su presupuesto al intentar cubrir tantos tratamientos dentales, solo por mencionar las más significativas.

Se busca que el psicólogo adapte el escenario odontológico, y proporcione una guía para poder orientar a los profesionales, los padres y demás partes interesadas en las variadas técnicas para la adaptación del comportamiento utilizadas en la odontopediatría.

Por ello, se realizó una integración de la información relativa de las características y habilidades que debe desempeñar el psicólogo trabajando con el odontopediatra desde una perspectiva cognitivo conductual en psicología. Esto se logró a través de la investigación documental, donde se realizó una recopilación de materiales bibliográficos referentes al tema, así como medios digitales para elaborar los primeros capítulos, los materiales contaron con características definidas referentes a la relevancia con el tema expuesto, la congruencia de contenidos, así como tener un enfoque científico.



# Capítulo 1. El ámbito de la odontopediatría

*“Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante”*

Miguel de Cervantes, 1605

El estudio de la odontopediatría tiene una historia *“como disciplina organizada casi 100 años”* (Podestá, 2013,p.2), durante este tiempo, además de actualizar técnicas para un mejor tratamiento, también se impulsan los hábitos preventivos de enfermedades bucales, sin embargo, no siempre se tuvo la visión de prevenirlas y mucho menos en los niños, Moscardini, Díaz, De Rossi, Nelson y De Rossi (2017) mencionan que entre 1935 y 1945, incluso en países como Estados Unidos, se recomendaba que la primera visita al dentista del niño fuera a partir de los 12 años de edad, al completar la erupción de los dientes permanentes, poco tiempo después, se comenzó a orientar a los padres a llevar a sus hijos a su primera consulta entre los 6 y 7 años cuando se comenzara a mudar los primeros dientes permanentes, y no fue hasta los años 50 donde se estableció la edad de 3 años como la más adecuada para iniciar la evaluación dental de los niños.

Actualmente han pasado 85 años desde que se sugirió atender a los menores al término de su dentición primaria y al comienzo de su dentición permanente, y aunque pareciera que se logró un avance paulatino al poder atender a los menores a los 6 años y un logro aún más grande en la década de los cincuenta siendo la edad de chequeo a los 3 años, la realidad es que el cambio solo permeo en números, ya que el criterio siguió siendo el mismo; la variable para que un odontólogo pudiera atender o no a un menor se basó en la capacidad del niño de entender y cooperar en tratamientos odontológicos en lugar de cubrir las necesidades reales odontológicas de los menores aunque fuese la primer revisión de rutina

o bien un tratamiento más complejo como realizar una pulpotomía. El verdadero cambio de la premisa anterior surge en Brasil con la creación de una clínica encargada de involucrar diversos aspectos en la salud bucal de los menores, comenzando por la implementación de la prevención dirigida principalmente a padres para el cuidado de los menores, pero sobre todo por la creación de técnicas de abordaje para menores de 12 meses con la creación de varios elementos, es decir, se pensó en cubrir las necesidades de los menores.

Fue el Dr. Walter, considerado el pionero mundial del concepto y de las clínicas de odontología para bebés quien inició un proyecto con el apoyo de la Financiadora de Estudios y Proyectos-FINEP de Brasil en 1983, llamado *La Bebé Clínica*, con este proyecto logró “transformar la actitud del ciudadano de Londrina: el paradigma de que sólo se debe preocupar por la salud bucal de su hijo a partir de los dos o tres años ha cambiado a desde el nacimiento” (Walter, 2013, p. 3). Lo que distinguía a *La Bebé Clínica* de los demás establecimientos fue que hicieron uso de la educación con la prevención, además realizaron la creación de técnicas de abordaje para menores de 12 meses (por ejemplo, la hamaca-camilla denominada Macri) y el seguimiento de niños de hasta 30 meses, su objetivo general fue extender estos conocimientos a Salud Pública y procurar el entrenamiento de su personal en la filosofía educativa-preventiva y curativa, aunque una pieza fundamental para el éxito de este proyecto fue la educación impartida a los padres, respecto a ello Walter mencionó que “si la educación es el principio de esta práctica, entonces la educación debe ser impartida a los sujetos que estaban más cerca de los menores, en este caso las madres y los pediatras” (Walter, 2013, p.4).

Es así que con una óptica basada en la filosofía educativa-preventiva y curativa surge en Brasil con *La Bebé Clínica*, un proyecto que tuvo como característica principal involucrar a los padres de familia en el aprendizaje para poder evitar que el niño tuviera problemas dentales graves incluso en la dentición primaria, ahora bien, la comunidad de niños que ya se veía afectada por problemas bucales tuvieron la oportunidad de ser atendidos no por cumplir con el requisito de comprender y ayudar en la atención odontológica, sino porque debía ser atendido al contar con un problema de salud bucal y fue gracias a la creación de técnicas de abordaje las cuales respondieron a las verdaderas necesidades de los menores visualizando el problema real y una gran solución, y aunque pareciera que solo Brasil

comenzaba a despegar en la atención odontológica para bebés, en Estados Unidos se comenzó a buscar la prevención de enfermedades bucales en menores específicamente en los hábitos aprendidos dentro del hogar.

Fue un año más tarde de 1984 a 1986 que, en la Universidad de Iowa, Goepferd concluyó que la primera visita al dentista debe ser alrededor de los 6 meses de edad, ya que a esta edad se consigue la eficacia en la atención primaria y en el control de las caries dentales, lo logró concluir mediante la creación de un programa destinado a diagnosticar, interceptar y modificar prácticas caseras potencialmente dañinas para la salud bucal del niño (Walter, 2012).

Tenemos así que, a diferencia de La Clínica Bebé, la Universidad de Iowa se centró específicamente en la atención primaria en los hábitos que se puede aprender en casa, no se le atribuye aportaciones dentro de las técnicas de abordaje para menores, sin embargo, resaltó que los pediatras deberían recomendar la primera visita al odontólogo a los seis meses o bien en la fase etaria en los primeros dos años de vida, pero si su primera visita debe ser a esta edad ¿qué deben esperar los padres o tutores en esta primera visita? La primera visita será en uno de dos momentos cruciales; de manera preventiva o bien, cuando el menor tenga dolor requiriendo atención inmediata, en ambos casos se recomienda acudir con un odontopediatra.

Saete y Tello (2012) mencionan que si la primera consulta odontológica es de manera preventiva es completamente necesario que los padres acudan, ya que mientras a el menor se le debe hacer una evaluación oral y de riesgo de caries, a los padres se le deben dar información sobre las prevención y hábitos de salud bucodental, especialmente la detección temprana y manejo de las condiciones orales que puedan mejorar la salud bucal tal y como se comenzó a implementar en la atención primaria en la Universidad de Iowa.

El ámbito de la odontopediatría comenzó en Brasil ya para 1983 y comenzó en Estados Unidos tan solo un año más tarde, sin embargo, al situarnos en México el panorama era bastante diferente, para entenderlo debemos ir más atrás en la historia, para ver cómo es que el conocimiento de hacer restauraciones en boca ya era practicado por los mayas, para verse modificado en el virreinato y ser practicado por barberos que gracias a su conocimiento practico acumulado atendían problemas bucales, y comprender como es que a principios de 1900 ya se practicaba la odontología de manera profesional pero no fue hasta el año 1904



*Figura 1.* La Bebé Clínica ubicada en Londrina municipio brasileño. Retomado de Walter (2012).



**Figura 2.** Macri (camilla odontológica para bebés) usada en la Clínica del Bebé del HCFAP. Recuperado de Elías y Arellano (s/f)

que se inauguró la primera escuela encargada de formar odontólogos profesionales mexicanos.

### **1.1 Odontología y Odontopediatría en México**

Muñoz, García y Sol (2012) mencionan que en nuestro país los antecedentes de la odontología como de la medicina se desarrollaron desde el México prehispánico, su calidad era del más alto nivel, la atención de problemas dentales se centraba en la realización de desgastes e incrustaciones de piedras semipreciosas por motivos ornamentales, sin embargo, la Facultad de Odontología UNAM (2019) hace un contraste en la historia, ya que menciona

que la odontología después de la conquista paso a ser un oficio que practicaban los barberos flebotomianos, los cuales si bien eran capaces de sacar muelas y tapar cavidades, su conocimiento fue totalmente autodidacta, fue un oficio que nació de la necesidad mas no del conocimiento médico.

El contraste en la historia de la odontología mexicana gira en torno a un punto crucial, el conocimiento basado en la medicina y el conocimiento basado en la experiencia, mientras que los registros más antiguos que se tienen de esta profesión se encuentran en el México prehispánico basados en la medicina, años más tarde la profesión es ejercida como un oficio basado en el conocimiento acumulado a través del tiempo ejercido no por un odontólogo sino por un barbero, poco a poco el panorama comienza a cambiar ya que al ir en progreso el país y ser un tema relacionado con la salud es que se comienzan a tomar medidas más severas para quienes ejercen la profesión odontológica.

Fue en el año 1840 que se comienza a tener más control para ejercer la odontología, ya que el Consejo Superior de Salubridad ordenó que todo aquel que ejerciera como dentista, debería legitimar su práctica mediante un examen en la Escuela Nacional de Medicina, donde a los pasantes se les extendió una licencia. Esto contribuyo como antecedente la importancia de la carrera llevando así a fundarse el 16 de julio de 1898 la Sociedad Dental Mexicana, la cual tenía como visión la creación de una escuela dental semejante a las que había en los Estados Unidos y Europa, pero a pesar de su creación, tuvo que pasar mucho tiempo para que se lograra consolidar una escuela independiente de la facultad de medicina, mientras que esto ocurría, algunos mexicanos optaron por estudiar en el extranjero para poder ejercer como dentistas. (Facultad de Odontología UNAM ,2019).

La profesión ya tenía un campo de trabajo, y claramente tenía demanda, por ello la decisión de muchos mexicanos de estudiar en el extranjero, ya que solo se ofrecía un examen de conocimiento para poder legitimar la práctica. La Sociedad Dental Mexicana tuvo como objetivo crear la primer escuela dental en el país, tomando como referencia las escuelas extranjeras, mientras que esto ocurría la Odontología tuvo que permanecer sujeta a la escuela de medicina, y no fue hasta seis años después que durante el porfiriato y el empeño de llevar a México a su más grande apogeo se inauguró una escuela de odontología independiente de

la escuela de medicina, llevando así a la creación de la primer generación de odontólogos mexicanos.

Fue el primero de abril de 1904, que el presidente de México Porfirio Díaz informó al Congreso de la Unión sobre la tan esperada inauguración de la escuela dependiente de la Facultad de Medicina; *“Acaba de instalarse el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, y así queda organizado por primera vez en México un sistema completo de educación para los dentistas, llenando así un vacío que en la enseñanza había venido lamentándose”* (Facultad de Odontología UNAM ,2019, p.2).

A pesar de ubicarse en una casa adaptada para comenzar a impartir clases, fue un gran logro tanto para la Odontología en México como para el país, ya que pasó de ser un oficio sin bases teóricas a formar dentistas como lo mencionan Muñoz García y Sol (2012) capaces de encargarse de patologías bucales y tratamientos complejos, dando apertura a lo que más adelante se transformaría en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, sin duda alguna, uno de los mayores logros también para la UNAM.

Después de una gran espera se comenzó a ver resultados sólidos en la carrera de odontología, se formaron odontólogos capaces de encargarse de patologías bucales y tratamientos complejos. Ya se sabe por lo que tuvo que pasar la odontología para triunfar en el país, pero, ¿qué ocurre con la odontopediatría en México?, realmente no se tienen datos con precisión sobre la fundación de los primeros posgrados en odontología pediátrica, sin embargo, se tiene que claro que el surgimiento de esta especialidad llega por la demanda que se comienza a tener respecto a niños con problemas bucales severos, y claro que no sólo se debe de hablar del pasado, ya que desafortunadamente la demanda de atención bucal en niños ha aumentado y con ello las instituciones especializadas en la formación de especialistas en el área. (Muñoz, García y Sol, 2012).

La demanda de atención infantil lleva a nuestro país a la creación de posgrados para poder así formar odontopediatras, el porqué de la demanda al alza de atención odontológica en niños se relaciona directamente con hábitos, tema abordado más adelante, ahora bien, a pesar de la alta demanda aún no todos los estados de la República cuentan con el posgrado de odontopediatría, parecería lógico saber que los estados con más demanda tendrían dichos posgrados, sin embargo, no es así.



**Figura 3.** Casa que se acondicionó para inaugurar la escuela “Consultorio Nacional de Enseñanza Dental”, ubicada en la calle de la Escondida, números 1 y 2. Recuperado de Facultad de Odontología UNAM (2019).





*Figura 4.* Fundadores de la Escuela odontológica nacional. Sentados de izquierda a derecha: Dr. Alfredo Reguera, profesor de Patología Bucal; Dr. Ricardo Crombé, director; Dr. Juan Falero, demostrador de Operaciones Dentales. De pie, de izquierda a derecha: Dr. José J. Rojo, profesor de Metalurgia, Coronas y Puentes; Dr. Teófilo G. Valdés, profesor de Prótesis; Dr. Ricardo Figueroa, profesor de Operaciones y de Materia Médica Dental, y secretario de la Escuela. Recuperado de Facultad de Odontología de la UNAM (2019).

<b>Estados de la República Mexicana con especialidad o maestría en Odontopediatría</b>		
<b>Estado</b>	<b>Total de Universidades que imparten</b>	<b>Grado</b>
Baja California	1	Especialidad
Coahuila	1	Maestría
Chihuahua	2	Especialidad y Maestría
Ciudad de México	5	Especialidad
Estado de México	1	Especialidad
Guanajuato	2	Especialidad y Maestría
Jalisco	4	Especialidad y Maestría
Morelos	1	Especialidad
Nayarit	1	Especialidad
Nuevo León	2	Maestría
Oaxaca	1	Maestría
Puebla	2	Especialidad y Maestría
Querétaro	1	Especialidad
San Luis Potosí	1	Especialidad
Tabasco	1	Especialidad
Tamaulipas	1	Especialidad
Tlaxcala	1	Especialidad
Veracruz	1	Especialidad
Yucatán	1	Maestría
Zacatecas	1	Especialidad

**Figura 5.** Estados de la República Mexicana con especialidad o maestría en odontopediatría en el año 2012. Basado en los datos de Muñoz, García y Sol (2012)

De acuerdo con los datos de Muñoz, García y Sol en el año 2012 México contaba con un total de 30 universidades con la especialidad o maestría en odontopediatría, siendo la Ciudad de México la que se posiciona con más universidades que imparten especialidad teniendo un total de 5 aunque no imparta la maestría, a continuación le sigue el estado de Jalisco con 4 universidades implementando especialidad y maestría, seguidos de Chihuahua, Guanajuato y Puebla con 2 universidades, una impartiendo especialidad y otra maestría, y aunque Nuevo León cuenta con 2 universidades solo imparte la maestría. Los estados que solo cuentan con 1 universidad impartiendo únicamente la especialidad son Baja California, Estado de México, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, por último, los estados que solo cuentan con una universidad implementando la maestría que son Coahuila, Oaxaca y Yucatán.

Con base en los datos anteriores se podría asumir que entre mayor es la población que requiere el servicio, mayor sería la demanda de la especialidad en odontopediatra, sin embargo, a pesar de que en la Ciudad de México y Nuevo León cuentan con el índice de niños de 0 a 14 años más bajo, son dos de las regiones donde se encuentra la mayor concentración de instituciones de educación superior y posgrados en odontopediatría, y en contraste, de los estados que no cuentan con dicha se destacan Chiapas y Guerrero, ya que cuentan con el mayor índice de población de 0 a 14 años (edades en las que se especializa en odontopediatra) teniendo el 29.3% de la población total del país, sin embargo, por su bajo desarrollo en educación superior no existen especialidades que formen odontopediatras (Muñoz, García y Sol, 2012). Como se puede observar la demanda del servicio se encuentra vigente en el país, por ello surgen las preguntas del siguiente apartado.

## **1.2 ¿Cómo es la salud bucal de los mexicanos? ¿y los niños?**

Para poder responder a estas preguntas se debe de tener en claro qué es la salud bucal y cómo es que se puede lograr adquirirla, tanto en adultos y niños. La salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial, llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales, es indispensable tener una buena salud bucodental para gozar de una buena salud y calidad de vida, aunque a veces puede llegar a ser olvidada (Moreta y Morata, 2019), y para lograr adquirir una buena salud bucodental y sobre todo mantenerla se debe contar con una buena higiene bucal, ya que es la clave para la prevención y mantenimiento de la salud de dientes, encías y lengua; por lo que la eliminación de placa bacteriana en estas partes de la boca es el principal objetivo de las diversas técnicas existentes, hilo dental, detección de placa y cepillado. (Mazariegos, Vera, Sanz, y Stanford, 2003).

Mantener zonas bucales limpias debería ser prioridad para el mexicano, para tener así una mejor calidad de vida y contribuir a un mejor estado de salud, no obstante, la higiene bucal del mexicano deja mucho que desear, ya que las enfermedades bucales que predominan son causadas debido al acumulo de la placa dentobacteriana en dientes, encías y lengua, zonas en las cuales las diversas técnicas de cepillado existentes tienen como objetivo la eliminación de la placa. Estas enfermedades afectan a toda la población, desde niños hasta personas de la tercera edad, prueba de ello, es el número elevado de consultas dentales que el Instituto

Mexicano de Seguro Social otorga, ya que en promedio da 4 millones 600 mil consultas dentales, de ellas, el 42% son mujeres; 18% son hombres; 12% son niñas y niños, 18% son adultos mayores y 10% son adolescentes. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019).

La población de adultos mayores de 65 a 74 años se caracteriza por la pérdida de piezas dentales, ya que 3 de cada 10 ya no conservan al menos 20 dientes que hagan oclusión, es decir dientes que hagan contacto con otros dientes para poder realizar la masticación principalmente de alimentos, ahora bien, los 7 restantes, mantienen en promedio 22 dientes permanentes. En éste mismo grupo de edad, el 2% son edéntulos total, mientras que, en la salud periodontal, 7 de cada 10 adultos mayores de 64 años tienen daño periodontal, y con bolsas periodontales profundas en el 2%. (Visión CEVECE, 2019).

Las cifras son impactantes, 3 de cada 10 mexicanos de 65 a 74 años se ha sometido a extracciones a lo largo de su vida perdiendo al menos 20 dientes, si se toma en cuenta que un adulto tiene un total de 32 dientes, al menos ha perdido al menos el 63% del total de sus dientes, mientras que el resto de la población conserva el 68% de sus de dientes, sin embargo, este porcentaje de dientes se ve afectado ya que no son dientes sanos, ya que tan solo en el rango de adultos de 64 años 7 de cada 10 mexicanos tiene un daño periodontal, lo que a largo plazo significa la próxima pérdida de más piezas dentales. Estas cifras se ven reflejadas dentro del gasto público ya que en el sector salud se tiene una constante demanda de atención odontológica, en las cuales se incluye limpieza bucal, aplicaciones de flúor, obturaciones y extracciones.

De acuerdo con datos de la Dirección de Información en Salud, en el 2017 a nivel nacional 6,667,901 personas tuvieron limpieza bucal, se contabilizaron 2,283,999 aplicaciones de flúor, 4,024,422 obturaciones y 1,247,057 extracciones. En el Estado de México, en ese mismo año, las limpiezas bucales fueron 856,818 personas, las aplicaciones de flúor fueron 213,995, el total de obturaciones 650,250 y 152,718 extracciones (Visión CEVECE, 2019).

En el Estado de México las cifras de los tratamientos odontológicos se observan de la siguiente manera; del total de personas que se realizaron limpieza a nivel nacional el 13% perteneció al Estado de México, del total de aplicación de flúor a nivel nacional el 9% se realizó en el Estado, mientras que del total de obturaciones y extracciones, el 16% y 12%

respectivamente fueron realizadas en el Estado de México, ahora bien, a pesar de no especificar la población a la cual pertenecieron estos diversos tratamientos, se debe tener en cuenta que los tratamientos pueden ser solicitados tanto por adultos como para la población infantil.

A nivel mundial “486 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche. Y en México nueve de cada diez niños de preescolar o primaria tienen caries” (Visión CEVECE, 2019), es decir, la caries afecta a alrededor del 95% de los niños menores de ocho años (Secretaría de Salud, 2012). Con los datos anteriores se comprueba que la caries se presenta en la población mexicana desde la infancia, es decir, problemas bucales de mayor importancia se presenta en los dientes temporales.

Tan solo en 2016 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), reportó que el Índice de Dientes Temporales Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) en los usuarios de las instituciones de salud incorporadas a este sistema fue de: 0.10 en menores de un año, 0.97 al año y de 2.73 y 3.99 a los 2 y 3 años respectivamente, gravemente el mayor índice de CPOD perteneció específicamente a caries.

La población infantil se encuentra a cargo de sus padres o tutores, los cuales son los encargados de llevar una higiene correcta del menor, sin embargo, si se retoma que la población adulta cuenta con problemas bucales graves, se puede entender por qué la población infantil también cuenta con problemas bucales.

La mayor parte de la población desconoce que las enfermedades dentales ya mencionadas no tratadas a tiempo pueden causar problemas de salud mayores e incluso la muerte, ejemplo de ello son los datos de la Dirección de Información en Salud la cual reportó a nivel nacional en 2017 un total de 6,301 egresos hospitalarios por enfermedades dentales, de los cuales en el Estado de México fueron 1,098 (citado en Visión CEVECE, 2019), mientras que el total de defunciones a nivel nacional por enfermedades dentales fueron 107 y en el Estado de México 14. (Secretaría de Salud, 2012).

Las cifras anteriores nos proporcionan un panorama de los problemas bucales de la población mexicana, la gravedad de problemas no atendidos a tiempo o de manera correcta puede hacer que un paciente sea hospitalizado, o bien puede perder la vida, lo cual lleva a las

autoridades encargadas del sector salud a considerar el costo monetario que esto representa, ya que se estima que el tratamiento bucal representa entre el 5 y 10% del gasto sanitario de los países industrializados, estando por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. (Secretaría de la Salud, 2012). Específicamente en México se ha criticado la desfavorable organización de los servicios dentales, ya que la atención es más de tipo curativo que de tipo preventivo, aunque la atención curativa rebasa el gasto económico de la capacidad del Sistema Nacional de Salud.

Como parte de las acciones para disminuir las enfermedades bucodentales, la Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM), realizó con gran éxito la aplicación de programas preventivos y curativos durante la Primera Semana Nacional de Salud Bucal, esto en los 125 municipios de la entidad mexiquense. La dependencia informó que se realizaron diversas actividades educativas-preventivas, así como servicios médicos en los Centros de Salud, Hospitales y Unidades de Atención Médica, entre los que destacaron: la profilaxis bucal, eliminación de sarro, aplicación tópica de flúor, revisión de tejidos bucales, sellador de fisuras, aprendizaje técnico de cepillado, detección de placa dentobacteriana, enseñanza de uso de hilo dental, de auto examen de tejidos bucales y de higiene de prótesis, entre otros. (Secretaría de la Salud, 2012).

En contraste, la segunda semana nacional de la salud bucal del 2019, solo estuvo dirigida a población menor a 20 años, y estuvo disponible únicamente para las Unidades Médicas que contaran con servicio dental del Instituto de Salud del Estado de México (Instituto de la Salud del Estado de México, 2019) aunque fue aplicada en los 125 municipios del Estado, disminuir el alcance de la campaña dirigida a la prevención disminuye la probabilidad que personas no pertenecientes esta población continúen con enfermedades bucales graves, por ejemplo, se excluyó a la población de 65 a 74 años, de los cuales 3 de cada 10 se han sometido a extracciones a lo largo de su vida perdiendo al menos 20 dientes.

La promoción de la salud bucal tuvo su mayor auge en el año 2000, ya que surge el *Manual Contenidos Educativos en la Salud Bucal*, un manual enfocado en proporcionar las bases para que los promotores de la salud pudieran realizar diferentes actividades con niños de diferentes edades, por ejemplo, el uso de enjuague con fluoruro (*figura 6*) después de cada cepillado como una



**Figura 6.** Grupo de diez escolares realizando el enjuague de fluoruro de sodio al 0.2 % con la promotora de salud dando instrucciones y supervisando, evidencia de la aplicación del Manual Contenidos Educativos en la Salud Bucal del año 2000. Recuperado de Mazariegos (2011).de fisuras, aprendizaje técnico de cepillado, detección de placa dentobacteriana, enseñanza de uso de hilo dental, de auto examen de tejidos bucales y de higiene de prótesis, entre otros. (Secretaría de la Salud, 2012).

medida de prevención para la aparición de caries, también dieron paso a manuales más completos como *Salud Bucal del Preescolar y Escolar* que si bien fueron elaborados a partir del año 2011, fueron manuales más completos donde se describen actividades concretas que van dirigidas para la población preescolar y escolar.

### **1.3 Hábitos de los niños sobre higiene dental**

El panorama de la salud de la población mexicana tanto en adultos y niños se ha plasmado en cifras, pero en concreto, ¿cuál es el motivo para el aumento de la demanda de un odontopediatra en nuestro país? En este escrito se destacarán dos variables; la alta exposición de alimentos ultra procesados y malos hábitos de higiene bucal, es decir, la exposición constante a azúcares de alimentos ultra procesados en los dientes son el escenario perfecto para el desarrollo de la placa dentobacteriana, y si esta no se retira por una inadecuada higiene oral se tiene como consecuencia que los menores pertenezcan al Índice de Dientes Temporales Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD).

El mayor índice de CPOD es el perteneciente a caries, si bien es cierto que su origen multifactorial dificulta en gran manera su control; se debe tener en cuenta que los factores de mayor influencia para su aparición son, los azúcares en la dieta, las bacterias en boca, la presencia de dientes susceptibles, cuando los conjugamos a una falta de higiene bucal, actúan como elementos determinantes para la presencia de la lesión (Ruíz, Trávez, Toalombo, Sotelo y Armas. 2019). También es considerada “*una condición que llega a perjudicar el desarrollo integral del niño, pues en estados avanzados ocasiona procesos infecciosos, problemas estéticos, fonéticos y dificulta la masticación*” (Maldonado, González, Huitzil, Isassi y Reyes, 2016, p. 91).

La ingesta de azúcares y la mala higiene bucal son dos de los principales factores que se vuelven determinantes para la aparición de caries, se sabe que llega a perjudicar el desarrollo del niño en diversos aspectos, ya que ocasiona procesos infecciosos que requieren de un procedimiento más largo (como la pulpotomía), su aparición es antiestética, puede llevar a problemas fonéticos afectando la forma en cómo se comunica el menor, también puede derivar en problemas de alimentación ya que al verse afectada la masticación por dolor, los menores dejan de comer, afortunadamente se puede contrarrestar el problema



manipulando estos principales factores, la ingesta en azúcar puede ser reducida y se puede mejorar los hábitos de higiene, por el contrario con variables como dientes susceptibles a caries el cual, al ser un factor genético no se puede reducir la probabilidad que se presente o no en el paciente pediátrico. Desafortunadamente, la ingesta de azúcares en la población mexicana es muy alta, prevaleciendo el consumo de bebidas azucaradas, siendo la población infantil la más vulnerada.

De acuerdo con la UNICEF (LeMoyné, 2020), México es el mayor consumidor de bebidas procesadas y azucaradas en América Latina, sin embargo, todo cobra sentido cuando se observa que las tasas más altas de este consumo se encuentra entre los niños en edad preescolar que consumen alrededor del 40% de sus calorías de alimentos ultra procesados incluidas bebidas azucaradas, y una vez ingerida tal cantidad de azúcares procesados la eliminación de la misma a nivel bucal debería ser por medio de un correcto cepillado de dientes, sin embargo, la población mexicana adulta e infantil no tiene buenos hábitos bucales, es por ello el aumento de la atención odontopediatría.

Pero ¿qué es un hábito?, es un modo de conducta aprendida por aprendizaje o por repetición que termina convirtiéndose en automatismo, así como la memoria y los instintos es una forma que poseen los individuos de mantener el pasado. Los hábitos son elementos influyentes en la vida de los individuos, debido a que se relacionan con pautas consistentes, constantes y cotidianas que indican el carácter y generan la mucha o poca efectividad. (Hernández, Rodríguez y Vargas 2012).

Los menores no cuentan con conductas concretas acerca de los hábitos, no existe un aprendizaje que puedan tomar de sus padres o tutores, (ya que la población adulta tienen poca o nula higiene bucal), sin embargo, los adultos en casa, dan por alto los daños que causa a la salud dental el consumo de golosinas entre comidas y mala higiene bucal, teniendo como consecuencia que la población infantil deba acudir a atención odontológica a temprana edad, sin embargo, estas variables relacionadas con la conducta de padres y niños, con la adecuada orientación se pueden modificar para que así la salud bucal de los mexicanos se vea modificada sobre todo a largo plazo.

Los niños en edad escolar temprana están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas se

convierten en patrimonio interior u orgánico de su personalidad, así se logrará responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos para que al incorporarse a la comunidad y sean capaces de adoptar estilos de vida sanos. (Cisneros y Hernández, 2011).

Es por lo que la aplicación de hábitos bucales a niños es un punto clave ya que comienzan a tomarlo como una regla que debe cumplirse diariamente, ejerciendo responsabilidad sobre su salud en general y darle importancia a la salud bucal; sin embargo, se debe tomar en cuenta que la erupción de los dientes temporales comienza desde los seis meses es por ello que no solo se debe comenzar con buenos hábitos en la edad preescolar, ya que controlar hábitos nocivos frecuentes como el uso del biberón, y fomentar hábitos saludables como una dieta pobre en azúcares y comenzar una higiene dental debe comenzar con la erupción de los dientes. Los encargados de la salud bucal del niño, así como de fomentar hábitos correctos son los padres o tutores, y son justamente ellos quienes practican hábitos al organizar la higiene bucal del menor, algunos cuidadores incluyen en la rutina de noche el lavado de dientes, otros realizan el lavado de dientes antes de dormir, pero al momento de estar en cama le permiten al menor beber leche para poder dormir, o bien, en la madrugada le dan al menor biberón para que concilie el sueño.

### **1.3.1 Hábitos de los padres al organizar la higiene bucal de los niños**

Dentro de La Clínica Bebé en Brasil, se utilizó un método para determinar el riesgo de caries que presenta un menor, basado principalmente en indicadores dentro del ambiente en el que se desenvuelve, este método se llama anamnésico-clínico, sus indicadores ambientales incluyen: higiene bucal/cepillado, consumo de azúcar, amamantamiento nocturno y posibilidad de la contaminación con bacterias cariogénicas. A partir de estos datos, se puede clasificar el riesgo del paciente como severo, alto, medio alto, medio y bajo, los pacientes de bajo riesgo no poseen ningún factor desfavorable, mientras que los pacientes de riesgo severo tienen todos los factores desfavorables. El riesgo medio presenta un factor desfavorable, riesgo medio alto presenta dos factores desfavorables y el factor alto, tres factores negativos (Moscardini, Díaz, De Rossi, Nelson y De Rossi, 2017).

Los indicadores ambientales se relacionan directamente con los hábitos que los cuidadores fomentan en los niños, el primer indicador llamado higiene bucal/cepillado abarca el correcto cepillado del menor y la frecuencia (después de la ingesta de alimentos), el

consumo de azúcar no solo hace referencia al número de dulces que se consume sino la ingesta total de azúcar contabilizando incluso bebidas azucaradas (jugos y/o refrescos), endulzar su leche o agregar chocolate soluble los cuales suelen tener un alto concentrado de azúcar, etc., por otro lado, el amamantamiento nocturno hace referencia a la succión de pecho o biberón para conciliar el sueño, o bien, si se despierta por la madrugada se acude al amamantamiento para poder conciliar el sueño.

El último indicador toma fuerza como factor de riesgo cuando el menor tiene sus primeros dientes (alrededor de los seis meses), ya que alimentar al niño con biberón cuyo contenido incluya algún líquido azucarado durante la siesta o por la noche facilita el acúmulo de microorganismos patógenos (*S. sobrinus* y lactobacilos) por la exposición prolongada a sustratos cariogénicos, facilitando la aparición de la caries de infancia temprana o también conocida como caries de biberón, la cual tiene como consecuencia la rápida desmineralización del esmalte y cavitación de la estructura dental (Montero, López y Castrejón, 2011).

La ingesta de azúcares puede traer consecuencias que repercuten en la salud del menor, sin embargo, de manera específica, en la salud bucal es la frecuencia y el tiempo de exposición a azúcares los que determinan el incremento o decremento de poder desarrollar caries de infancia temprana. La frecuencia en la ingesta puede verse mejorada en la reducción paulatina de su dieta, por ejemplo, si el menor consume jugos artificiales para saciar su sed en lugar de agua, se puede sustituir una cuarta parte del jugo por agua y así sucesivamente, o si la cantidad de caramelos es excesiva, son los cuidadores los encargados de una reducción paulatina de la ingesta de azúcar o bien, de trabajar en los factores de riesgo.

Los padres juegan un papel importante en el inicio de la vida de los hijos, ya que tienen la posibilidad de introducir los hábitos de higiene diaria en una etapa temprana, en esta, la remoción manual de los restos de alimentos acumulados en las comisuras labiales y en la cavidad bucal puede ser realizada mediante el uso de dedales especiales, gasas suaves o paños limpios envueltos en el dedo índice preferiblemente de noche después de la última alimentación y solamente una vez al día, ya que las inmunoglobulinas que contiene la leche materna protegen a la mucosa bucal contra las infecciones. El uso del cepillo dental comienza cuando erupciona el primer diente, siendo el objetivo principal establecer un buen patrón de

higiene bucal fortaleciendo la remoción mecánica de biofilm dental de zonas accesibles (Moscardini, Díaz, De Rossi, Nelson y De Rossi, 2017).

Cabe resaltar que la cultura mexicana son muchos los prejuicios que se tienen acerca de la salud en general, y la salud bucal no está exenta de ellos, principalmente *“con relación a la cultura de salud bucal, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas, entre otros”* (Mazariegos, 2011, p.7).

No darle importancia al cuidado de la primer dentición en los niños porque se les van a caer es un argumento que se escucha a menudo, ignorando por completo que juegan una serie de funciones importantes para el desarrollo de los niños, comenzando por la masticación de alimentos para poder obtener nutrientes necesarios en su crecimiento, forman parte importante de la fonética en el proceso de aprendizaje de nuevas palabras claves para la comunicación, también, de manera estética los dientes temporales funcionan como guía a los dientes permanentes a mantener su espacio dentro del arcos dentales.

Además, el dolor que pueden llegar a percibir los niños no será menor porque sea en su dentición primaria, tampoco implica que los procesos infecciosos que se puedan desarrollar no tengan consecuencias graves como se vio en capítulos anteriores, ya que las caries en la dentición primaria también *“constituyen procesos infecciosos mantenidos que pueden conducir a alteraciones en la formación del diente permanente e infecciones graves como cardiopatías, procesos reumáticos y alteraciones renales”* (Cisneros y Hernández, 2011, p.1452).

Introducir hábitos saludables en los niños favorece que estos persistan conforme pasa el tiempo, se puede lograr a través del juego y/o la imitación, la higiene bucal puede formar parte de estos hábitos, ayudando a prevenir consecuencias graves en la salud de los menores aún en la dentición primaria. Los padres y familiares cercanos pueden participar de manera conjunta para lograr fomentar hábitos en la higiene bucal de los menores, incluso si el menor ya se vio afectado por algún proceso infeccioso, ya que cambiar hábitos en la salud bucal forma parte fundamental de la rehabilitación de cualquier pieza dental ya sea primaria



**Figura 7.** Cepillado de los primeros dientes deciduos. Recuperado de Moscardini, Díaz, De Rossi, Nelson y De Rossi (2017).

o secundaria, también se señala que la correcta ejecución de los hábitos bucales por parte de los padres deberá ser explicada por el experto en el campo, el odontopediatra.

La *figura 7* muestra el cepillado correcto de los dientes incisivos centrales inferiores de un bebé, se debe resaltar diversos detalles por los cuales se afirma ser un correcto cepillado; el primero es que se está utilizando un cepillo de etapa 1, el cual es adecuado para el cepillado de bebés (también puede ser realizada mediante el uso de dedales especiales, gasas suaves o paños limpios envueltos en el dedo índice del cuidador), al ser los dientes inferiores se cepillan de abajo hacia arriba con un “*ángulo de 45° con una mitad de las cerdas sobre el diente y la otra mitad sobre la encía de manera que las cerdas se introduzcan en el surco gingival*” (Kortemeyer, 2012, p. 437) teniendo como resultado la remoción de restos de alimentos acumulados tanto en las comisuras labiales como en la cavidad bucal.

## Capítulo 2. El psicólogo en la atención odontológica

*“Cada palabra está preñada de su propia historia, cada palabra lleva en sí una infinita evolución de metáfora en metáfora.”*

Fritz Mauthner, 2001

La colaboración de equipos interdisciplinarios dentro del ámbito de la salud es una realidad hoy en día ya que poco a poco se han comenzado a caer las barreras entre especialidades para poder entender la complejidad del ser humano, considerándolo como un ser biopsicosocial para encontrar soluciones reales, de ahí la participación cada vez más activa de la psicología dentro de la prevención y tratamiento de enfermedades, ya que se ha destacado como influye el comportamiento en el origen y desarrollo de algunas enfermedades. Dentro de la odontología, el psicólogo puede trabajar en ámbitos como la colaboración del paciente en tratamientos, planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención, etc., interviniendo de manera conjunta o individual en cada uno de estos.

En el capítulo anterior se observó de manera general la salud bucal de la población mexicana, y la creciente demanda de la atención odontológica en niños, dentro de esta, son muchas las variables y personajes que intervienen previo, durante y después de la consulta; odontopediatra, personal auxiliar, paciente infantil, padres y familiares. Son estos dos últimos los que *“esperan que el odontopediatra sea capaz de manejar los problemas de comportamiento de su hijo, ya que es un especialista en niños”* (Arenas, Barbería, Marotom

y Gómez, 2006, p. 352), si bien es cierto que existen modelos conceptuales y operativos que orientan al profesional de la Odontología en el manejo del comportamiento del niño dentro de su formación, elegir la mejor técnica para el manejo del comportamiento del paciente pediátrico requiere de un especialista en la conducta.

Con la colaboración del psicólogo cognitivo conductual se puede desarrollar una técnica en función de las características bio psicosociales para la comprensión y manejo de la conducta del niño, con el fin de facilitar el tratamiento en la consulta odontológica, ya que el psicólogo cuenta con un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño; así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar.

## **2.1 El psicólogo y sus funciones profesionales**

Resolver problemáticas o bien mejorar algún aspecto en educación, salud, en el campo laboral o en cualquier campo de aplicación, es la especialidad del psicólogo. Si bien es cierto que realizar un pequeño cambio dentro de un espacio puede crear grandes beneficios, la gran incógnita de saber qué modificar y cuando hacerlo, es trabajo del psicólogo, justamente el Colegio Colombiano de Psicología (2014) propone el perfil profesional del psicólogo a través de cinco áreas: 1. Identificación de problemas relevantes. 2. Evaluación y diagnóstico. 3. Diseño e implementación de programas de prevención e intervención. 4. Monitoreo y seguimiento. 5. Comunicación de resultados.

Previo a la primer área como lo indica el Colegio Colombiano de Psicología, se debe tener en cuenta que el psicólogo se dedica a investigar a nivel teórico y práctico el campo de aplicación en el que trabajará, para poder identificar de manera eficaz alguna problemática la cual se deberá evaluar y diagnosticar, después se realizará el diseño e implementación de un programa de prevención o de intervención según sea el caso, dentro de este programa habrá variables las cuales se deberán monitorear arrojando datos, estos últimos se transmitirán mediante una explicación psicológica con bases y fundamentos apegadas a la imparcialidad, dejando de lado ideas y prejuicios. También se debe tener en cuenta que el psicólogo adquiere durante su formación conocimientos teóricos y prácticos sobre la conducta humana, y conforme se adentra en el estudio descubre que sus propias

características influyen en el comportamiento de los demás, así como influyen dentro del ambiente.

Harrsch (2005) reafirma lo anterior, mencionando que ser psicólogo implica ser una persona en proceso de adquirir una serie de conocimientos teóricos sobre la conducta humana y experiencias estrictamente académicas que se integran paso a paso, etapa por etapa, en un proceso de crecimiento ligado con las características individuales de su propia personalidad con el fin trascendental de ponerlo al servicio de la comunidad en que se vive.

Conocer el proceso de desarrollo de la conducta humana es indispensable, ya que resulta de suma importancia dentro de los campos de aplicación de la entre los que se destacan; salud, educación, clínica, social, industrial, ambiental, forense, deporte. Se debe aclarar que el trabajo en conjunto con otro profesional en alguno de los campos mencionados o algún otro es parte de los hábitos del psicólogo, sin embargo, retomando el tema principal de este escrito, se debe tener especial atención a los hábitos del psicólogo de la salud, ya que se enfoca principalmente en la intervención para poder llevar acabo el adherencia y colaboración en tratamientos, así como la prevención de conductas saludables para la salud, ya sea física o mental.

Los últimos avances y reformas observados en el campo tanto conceptual como práctico de la salud generaron demandas de actuación de los psicólogos en sectores en los que no había la tradición de su práctica, como en la atención primaria y terciaria. Tal hecho exigió del psicólogo una ampliación conceptual del proceso salud/enfermedad, la comprensión de los temas de salud pública, el desarrollo del trabajo en equipo interdisciplinar y, sobre todo, el abordaje del individuo en un contexto menos individual y más colectivo. (Fernández, Jiménez, Eulálio, Almeida, Nascimento y Araújo, 2016).

Es decir, el psicólogo de la Salud puede trabajar en colaboración con profesionales de la misma rama, es decir, médicos, trabajadores sociales, enfermeras, e incluso odontólogos, para formar un equipo interdisciplinar, aportando principalmente su conocimiento sobre el proceso de desarrollo de la conducta humana llevando al éxito diversos tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención y por consecuencia promoción de conductas saludables, incluso abordando al individuo en un contexto de manera colectiva para quedar al servicio de la comunidad.





**Figura 8.** Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) Psicólogos ofreciendo servicios de detección de riesgos, promoción de la salud, capacitación a profesionales, intervención breve y orientación a familiares de los usuarios. Recuperado de Secretaría de salud y bienestar (2018).

Ser un experto en conducta y saber abordarla requiere de preparación estricta, la cual no solo se enfoque a la descripción simplista de la conducta, sino también se debe encontrar como se producen o procesos de conocimiento, llegando también a solución de problemas mediante el modelo cognitivo conductual, ya que ha tenido especial impacto en las áreas de promoción de estilos de vida saludables, factores de riesgo y estilos de afrontamiento, además de la prevención de factores de riesgo.

## **2.1 Postura paradigmática**

La conducta es bastante compleja, ya que por mucho tiempo se ha buscado la forma de explicar cómo se producen los procesos de conocimiento y no solamente describir la conducta en términos de variables intervinientes y constructos hipotéticos, esto lo ha logrado

el modelo cognitivo conductual. Ahora bien, dentro de las aplicaciones en psicología clínica y de la salud, lo abordajes desde el modelo cognitivo conductual, no sólo se han ocupado de los desarrollos en cuanto a la psicoterapia, sino que han tenido especial impacto en las áreas de promoción de estilos de vida saludables, y estilos de afrontamiento, además de la prevención de factores de riesgo (Klatchoian, Noronha, & De Toledo, 2010).

Esta es una de las principales razones por la cual el modelo cognitivo conductual es el ideal para acompañar al psicólogo dentro de las intervenciones en el ámbito de la salud, de manera específica en la consulta odontológica, ya que no se busca solo abordar al niño dentro del consultorio mediante estilos de afrontamiento, uno de los propósitos es poder orientar a padres, niños y familiares acerca de una buena higiene bucal, prevenir factores de riesgo y sobre todo el cambio de hábitos, ya que atender a un menor y seguir teniendo hábitos que expongan la salud bucal solo tendrá como consecuencia un tratamiento sin fin.

El modelo cognitivo conductual surge de los desafíos teóricos, pero fundamentalmente aplicados, derivados de la observación de las condiciones de aprendizaje, de resolución de problemas, de estrategias de afrontamiento ante las situaciones críticas, llevando así a los psicólogos cognitivos y a los conductuales a la creación de modelos mediacionales capaces de integrar el rigor científico en la aproximación y explicación no sólo del procesamiento de la información sino del comportamiento en general. (Klatchoian, Noronha, & De Toledo, 2010).

Es decir, el modelo cognitivo conductual que parten de la aceptación de la explicación de los procesos mentales sobre la causa del comportamiento, pero además otorga especial relevancia a los procesos de aprendizaje y las variables contextuales en la explicación del comportamiento normal y alterado de las personas.

## **2.2 El odontólogo y sus funciones profesionales**

La odontopediatría es el área de la odontología que se ocupa de los cuidados preventivos y curativos de la salud oral del niño, desde su nacimiento hasta la adolescencia, por lo tanto, esta especialidad exige mucho del profesional desde el punto de vista psicológico, ya que al tratarse de un experto en niños debe tener empatía afectiva (habilidad para entender los pensamientos y sentimientos del paciente) y actuar de una forma adecuada



*Figura 9.* Odontopediatra realizando actividad lúdica con menor después de ser anestesiado.

para que permee al menor. Lo puede lograr realizando comentarios sinceros y positivos con adecuadas expresiones faciales para potenciar una buena disposición del niño a colaborar (Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, 2020).

Varias son las habilidades que debe tener el odontopediatra, ya que debe saber adecuar sus palabras de acuerdo con el entendimiento del menor y debe cuidar su lenguaje corporal, todas estas técnicas las ha de ir desarrollando a través del tiempo, de la observación precisa y el entendimiento del comportamiento que puede tener tanto el niño como el padre o tutor que acompañe al menor durante la consulta. Se entiende que la odontopediatría abarca una serie de conocimientos propios de varias disciplinas que se aplican a los niños teniendo una formación técnica y científica.

También debe estar preparado para anticiparla conducta de los niños ya que el control y manejo de la ansiedad por parte del profesional es una parte primordial en el tratamiento ya que de esto dependerá que el paciente pueda dominar sus miedos y tener un procedimiento dental tranquilo sin sentir ningún tipo de miedo o ansiedad o en su defecto que no desaparezca pero puede controlarlo, esto en un futuro permitirá que acuda periódicamente a sus citas y no asociar la visita al odontólogo como una experiencia desagradable.

### **2.3 Dos especialistas trabajando juntos**

El advenimiento de la “Odontología para el bebé” en la década de 1980 ha demostrado que es posible una atención integral de estos pacientes, desde el punto de vista educativo, preventivo y restaurador y con gran éxito psicológico, ofreciendo a un ser humano sin experiencias previas a tener un acercamiento con la odontología, que será fundamental para conservar su salud bucal (Podesta, 2013).

Dentro de la formación de odontólogo se enseñan las técnicas básicas del manejo de la conducta que facilitan el tratamiento clínico dental, estableciendo un ambiente agradable y una relación-comunicación con el niño y el odontólogo, pero estas técnicas deben ser realizadas y aplicadas de manera individual a cada paciente, es ahí donde entra el trabajo del psicólogo ya que es él quien puede orientar al odontólogo al manejo del niño o del padre en consulta cuando existen ciertas circunstancias que no se pueden emplear por alguna

característica particular siendo necesario implementar nuevas estrategias técnicas acordes al desarrollo y a la individualidad y así poder realizar una atención efectiva y eficaz.

El manejo de la conducta del paciente pediátrico es primordial para lograr un tratamiento odontológico exitoso, por lo que es una habilidad que debe dominar el profesional, dependiendo el caso podrá o no haber falta de colaboración del paciente o puede acudir a consulta con una actitud negativa llevando a complicación en la obtención de los objetivos en el tratamiento predeterminado, entre ellos los que son de tipo estético, además de prolongar significativamente el tiempo que lleva el tratamiento e incluso aumentar el riesgo de lesionar al paciente. (Cordero, Cárdenas, Álvarez, 2012).

Uno de los aspectos que más preocupa al odontopediatra y al padre que acompaña al menor a la consulta es aumentar el riesgo de alguna lesión, ya que el instrumental que se utiliza es diseñado para poder tratar un hueso tan fuerte como lo es un diente, por ejemplo la pieza de alta velocidad que cuenta con fresas las cuales pueden realizar alguna rasgadura en labios, encías o mejillas en caso que el paciente pediátrico realice algún movimiento brusco, este tipo de detalles son los que se deben explicar a los padres, los cuales resultan parte de brindar una calidad atención, es decir, es necesario combinar el conocimiento técnico de la profesión con un ambiente odontológico que satisfaga las necesidades de los pacientes y que además se ajusten al desarrollo de la tecnología y las diversas edades de los pacientes.

Dentro de la consulta, es importante resaltar que se debe dar apoyo y contención psicológica, emocional y afectiva a la angustia del niño y de sus padres (Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, 2020). Si bien el psicólogo no se encuentra dentro de la consulta, si puede estar previo a la consulta para preparar a los padres o tutores lo que implica estar en consulta, explicar el comportamiento que probablemente tenga el menor en conducta con base en la etapa del desarrollo que se encuentre, así como anticipar cuales son las técnicas del manejo de la conducta que ocupará el odontólogo para facilitar el tratamiento clínico dental, y de ser necesario, el psicólogo reforzará con técnicas especializadas según sea el caso después de la consulta al menor, teniendo como objetivos proporcionar seguridad, eliminar la ansiedad, reducir movimientos inesperados y reacciones durante el tratamiento odontológico, ayudar al tratamiento del paciente física o mentalmente comprometido y eliminar la respuesta de dolor del paciente.



# Capítulo 3. Los niños y sus padres visitando al odontopediatra.

*“Dejemos de temer aquello que se ha aprendido a entender.”*

Marie Curie.

La visita al consultorio dental, se recomienda en la erupción de primer diente, para poder realizar su primera revisión y poder explicar a los padres acerca de los hábitos que se deben comenzar a fomentar en el menor, los factores de riesgo mencionados en el primer capítulo, tal como lo menciona Salete y Tello (2013) *“se deben brindar orientación a los padres sobre hábitos alimentarios y de higiene bucal adecuados, hábitos bucales deletéreos, uso racional del flúor y del dentífrico fluorado”* (p. 8).

La orientación que proporcione el odontopediatra a los padres o cuidadores del bebé debe ser completa, con un lenguaje sencillo y libre de tecnicismos propios del campo, también debe escuchar las inquietudes que puedan llegar a tener los padres, romper con mitos, corregir la presencia de malos hábitos en aseo bucal del menor, pero de una manera cortés, sin mostrarse ufano, ya que desde la primer cita no solo se comienza a construir la relación entre odontopediatra paciente, sino también comienza la primer impresión de la capacidad que puede tener el odontopediatra para el manejo del comportamiento del menor, ya que los padres cuentan expectativas de la atención brindada por el odontólogo y del personal auxiliar.

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (2020) menciona que dentro del consultorio existe un vínculo implícito como triangulación donde participa odontólogo, el paciente y el padre o acompañante, donde el niño es la piedra angular tanto para el tratamiento como para la mantención de la salud, es decir, el niño ocupa el ápice dentro de la triangulación, sin embargo, añadiría también a la formula dos participantes más, familiares o cuidadores que están en contacto con el menor previo y posterior a la consulta (generalmente viven con el menor) y al personal auxiliar que participa dentro de la consulta, el cual también debe estar capacitado en el manejo del comportamiento del menor.

### **3.1 Participantes en la consulta**

Se toma como piedra angular al niño dentro de la relación que se comienza a formar en el consultorio, ya que es él quien dará los puntos clave de su comportamiento, los cuales deberán ser constantemente monitoreados por el odontopediatra, tales como observar con cuál de los padres entra a consulta, si decide subir a la unidad solo o con su acompañante, si abre la boca o utiliza las manos para tapanla, si observa a su alrededor, si sigue instrucciones de los padres y del odontopediatra, si comienza a hablar de manera muy rápida, si contesta las preguntas del odontopediatra, etc.

La conducta del niño en la primer consulta puede ser la misma que adopte durante la mayor parte del tratamiento, con base en él, el equipo odontológico puede saber cuál o cuáles serán las técnicas del comportamiento que se aplicarán durante su tratamiento, para ello resulta útil que el equipo odontológico tenga delimitado las características comportamentales de los niños, sin embargo, cabe resaltar que es solo una guía, no define en su totalidad el comportamiento, ya que existen demasiadas variables que influyen en el comportamiento de los niños, aún fuera de consulta.

Se han realizado diversas categorías del comportamiento en consulta, algunas cuentan con mayor descripción dentro de ellas, e incluso son bastante parecidas, se destacan principalmente tres autores; la escala de Wrigth con tres categorías (figura 9), la clasificación conductual de Lamsphire que incluye siete categorías (figura 10) y la escala de Frankl (figura 11) que incluye cuatro. La clasificación de Wrigth se divide en *comportamiento colaborativo* donde los niños colaboran encontrándose relajados durante el tratamiento, aunque se puede



presentar un mínima aprensión al tratamiento dental sobre todo cuando es la primer consulta, la siguiente categoría es la *carencia de habilidad cooperativa*, en esta categoría se abren dos subcategorías, en la primera se integran niños que no cuentan con las habilidades suficientes para poder colaborar en su consulta por edad (menores de 2 años con 6 meses) y en la segunda se integran niños con habilidades diferentes.

La tercer categoría se subdivide en 5 subcategorías; *comportamiento incontrolado*, se puede observar en niños de 3 a 6 años (no excluye que se presente en niños de más edad) que realizan rabietas, llanto y agitación de extremidades para evitar la atención, *conducta desafiante*, generalmente se presenta en niños de edad escolar primaria cuya respuesta es negarse al tratamiento mediante movimiento de extremidades, sin embargo, una vez establecida la comunicación cooperan, *conducta tímida*, en esta categoría los niños suelen esconderse detrás de los padres aunque no oponen resistencia física en el proceso de separación, durante el procedimiento pueden llegar a levantar las manos y llorar, generalmente no suelen comprender o escuchar las instrucciones que se le dan, *cooperador tenso*, la cooperación del niño en consulta está presente, acepta la atención aunque la tensión corporal no sede de manera fácil, esta tensión se presenta en el lenguaje corporal junto con voz temblorosa, también suelen estar muy al pendiente de los movimientos del dentista y del personal auxiliar, *comportamiento quejumbroso*, también permiten el procedimiento en consulta, sin embargo, se quejan constantemente acerca el procedimiento, sobre todo del dolor, incluso se menciona que el lloriqueo puede ser un mecanismo de compensación para controlar el miedo o para evitar escuchar la aparatología dental como la pieza de alta. A diferencia de los dos autores restantes considera a los niños como potencialmente colaboradores, ya que a pesar de oponerse a la atención odontológica no significa que no puedan adquirir un *comportamiento colaborativo*.

Las categorías de Lamsphire no difiere mucho con las categorías de Wright, sin embargo, las ocho categorías de esta escala describen el comportamiento menos detallado. La primera categoría pertenece a los niños *cooperadores*, los cuales están relajados de manera física y emocional facilitando la atención en consulta, la segunda categoría es *cooperador tenso*, el cual se encuentran rígido física y emocionalmente pero no emite ninguna conducta para evitar la atención dental, la tercera es *aprensivo*, el comportamiento

de los pacientes de esta categoría es todo aquel que le permita evitar el tratamiento dental, se puede reconocer especialmente porque, cuando el dentista o el personal auxiliar se dirigen a él evita el contacto visual, ahora bien, la categoría *temeroso* solo se recalca la importancia del apoyo que debe tener para superar el temor sin hacer hincapié en alguna conducta, mientras que en la categoría *terco o desafiante*, incluye niños que casi siempre han logrado evitar el tratamiento dental con resistencia pasiva, la categoría *hipermotivo* tiende a dar patadas, manoteo, gritos y llanto, y las últimas categorías son *discapacitados* donde se incluyen a niños con necesidades especiales, y por último la categoría *emocionalmente inmadura* donde se incluye a los niños menores de 3 años.

La clasificación de Franks se divide en cuatro categorías, *cooperador*, *el cual* tiene buena comunicación, motivación e interés por el tratamiento, así como relajación y control de extremidades, *parcialmente cooperador*, puede establecer comunicación verbal acompañado de llanto esporádico y acepta el tratamiento, aunque de manera cautelosa, la categoría *poco cooperador* se caracteriza por rechazar el tratamiento con movimientos leves de extremidades y a pesar de que puede bloquear la comunicación acepta y sigue algunas instrucciones, por último, la categoría *no cooperador*, menciona que rechaza por completo el tratamiento dental, con movimientos bruscos de extremidades, tiene comportamiento agresivo y llanto intenso, tampoco es posible establecer comunicación.

Así como el odontopediatra se encarga de indagar el comportamiento del menor, los niños desarrollan una opinión del dentista a través de la comunicación verbal y la vestimenta, además analizan cada palabra, movimiento y gesto, reteniendo cada detalle hasta inclusive más que sus padres (Hermida, Ram, Puig, Volfvickz y Braun, 2017), tenemos así que los pequeños detalles pueden determinar la confianza de los niños, por ello debe cuidarse cómo el odontólogo y el personal auxiliar se dirigen a él, incluso para dar una explicación, mostrar instrumental o dar alguna instrucción.

El reflector también recae en los padres, la atención que se centra en ellos es por parte del equipo odontológico y del paciente, debido a que la comunicación con los padres es fundamental para el manejo del comportamiento del niño, siendo importante conocer lo que piensan y cuáles son sus creencias y actitudes frente a la consulta en odontología pediátrica (Vergara, 2013) ya que incluso antes de la consulta han creado expectativas del

odontopediatra, en cuanto a la capacidad que tendrá para manejar el comportamiento del menor, en cómo se dirigirá a este y cuáles serán los métodos que utilizará para poder atender a su hijo (también realiza expectativas del consultorio y del personal auxiliar), aunque eso no debe impedir que el odontólogo valore su comportamiento, ya que se puede dar una idea de la actitud que tienen los padres ante la serie de conductas que presentan los menores.

Los padres responden de manera diferente ante situaciones en las que se ven involucrados los niños, Núñez, Parés y López (2006) se centraron en la evaluación de las actitudes de los padres hacia la primera consulta odontológica de sus hijos, y tomaron como eje cuales eran las actitudes que podían presentarse, y para ello retomaron principalmente a dos autores para la definición de actitud, la cual, es un estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia directa o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona, mientras que Thurstone definió a las actitudes como la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.

Se puede observar que en ambas definiciones se ve implicado una creencia a partir de la percepción o idea preconcebida (cognición), acompañada de la percepción se ve implicado alguna emoción (afectivo), y como consecuencia se realiza una conducta específica, por ello es tan importante anticiparse ante las posibles actitudes que pueden tener tanto los padres como los pacientes pediátricos, lo anterior se desarrollará a fondo más adelante.

El personal auxiliar, tienen bastantes tareas que varían dentro de cada consultorio, generalmente se encargan de preparar todo el instrumental previo a la consulta, también suelen ser la primera cara que ven los padres y los menores, ya que generalmente dan la bienvenida en recepción (la cual debe ser dirigida tanto a los padres como al niño), sin embargo, deben contar con un entrenamiento para saber cómo actuar anticipadamente al comportamiento del menor, por ejemplo, como sostener la cabeza del menor para evitar movimientos bruscos, qué hacer ante la posible emesis (i.e. vomitar), etc.

Capítulo 3: Los niños y sus padres visitando al odontopediatra.

		Clasificación de Wright
Comportamiento colaborativo		<p>Minima aprensión al tratamiento dental. Razonablemente relajados.</p> <p>Estos niños suelen tener una buena relación con el odontólogo y el equipo dental. Muestran interés en los procedimientos dentales El dentista puede trabajar con eficacia y eficiencia.</p>
Carencia de habilidad cooperativa		<p>Este grupo incluye a niños que carecen de la capacidad de cooperar como consecuencia de su falta de madurez física y mental, debida a la edad o alguna condición especial.</p> <p>Se subdivide en dos grupos. El primer subgrupo integra a niños emocionalmente inmaduros debido a la edad (menores de 2 y medio). Estos niños pueden representar un problema importante por su comportamiento y se refiere a ellos como niños "precooperativos"</p> <p>El segundo subgrupo incluye a los niños con algún grado de discapacidad.</p>
Colaborador Potencial	Comportamiento incontrolado	<p>Se observa en niños de 3 a 6 años. Se corresponde con el grupo de niños hiperemotivos de la clasificación de Lampshire.</p> <p>La reacción típica suele consistir en una rabieta con llanto y agitación de extremidades.</p> <p>Este comportamiento incontrolado no suele verse en los niños mayores, pero si se presenta, pueden indicar trastornos de adaptación en otros entornos.</p> <p>Las medidas de control deben comenzar tan pronto sea posible para evitar daños físicos a las personas y al equipamiento. Posteriormente se debe establecer la comunicación, para explicar los procedimientos dentales. Gran parte de estos niños, comprenden la situación y controlan su comportamiento.</p>
	Conducta desafiante	<p>Este comportamiento es típico de los niños en edad escolar primaria, pero se puede observar también en otros grupos de edad. Se distingue por frases como: "yo no quiero ", "yo no lo necesito"</p> <p>La falta de comunicación se produce cuando el dentista trata de involucrar al niño en el procedimiento dental y este se niega a responder verbalmente. Puede evitar el contacto visual, y también rechazar la situación, por ejemplo, apretando los dientes cuando se intenta realizar un examen intraoral.</p> <p>La resistencia pasiva a menudo se observa en los niños mayores cercanos a la adolescencia. Al tener libertad de expresar lo que les gusta y lo que no en su hogares, al llevarlos en contra de su voluntad a la consulta, su autoimagen se ve afectada y se rebelan.</p> <p>La resistencia pasiva puede plantear problemas de comportamiento difícil. El dentista debe intentar hacer entenderse y tratar de relacionarse con el niño. Si expresan desagrado por la odontología, justificarles que la odontología no es de por sí agradable. Finalmente, la conversación se dirigirá a otros temas. A continuación se analizaran las consecuencias de descuidar los problemas dentales y se enfocara hacia una visión madura de los miedos dentales.</p>
	Conducta tímida	<p>El comportamiento tímido es más cooperante que los comportamientos incontrolados y desafiantes, pero cuando se aplican métodos de conducta de forma incorrecta pueden llegar a ser incontrolables. El niño tímido puede esconderse detrás de uno de los padres, pero por lo general no ofrece ninguna resistencia física durante el procedimiento de separación. Algunos pueden hacer una pausa o dudar cuando se den instrucciones. Pueden llorar o gemir, pero no llorar histéricamente. Levantan las manos de vez en cuando, lloran, pero retienen las lágrimas.</p> <p>Suelen ser muy ansiosos y no siempre escuchan o comprenden las instrucciones. El equipo dental tiene que reconocer esta carencia y repetir a menudo las pautas de comportamiento o las instrucciones para llevar a cabo el mantenimiento y el seguimiento.</p>
	Cooperador tenso	<p>Aceptan el tratamiento, cooperan, pero con una actitud extremadamente tensa.</p> <p>La tensión se manifiesta por su lenguaje corporal. El niño suele seguir los movimientos del dentista y su ayudantes. Contestan con voz temblorosa. Aparece sudor en las palmas de las manos o en las cejas, etc.</p>
	Comportamiento quejumbroso	<p>Este tipo de comportamiento se puede ver en los niños tímidos y en los cooperadores tensos.</p> <p>Permiten al dentista realizar el procedimiento, pero se quejan por todo, sobre todo de dolor.</p> <p>El lloriqueo puede ser un mecanismo de compensación para controlar su miedo, o para evitar escuchar los ruidos de la aparatología dental. Si el lloriqueo es continuo, puede llegar a ser una fuente de irritación y frustración para el dentista, por lo que requiere una gran paciencia en el trato con estos niños</p>

**Tabla 1.** Escala conductual de Wright, recuperado de García, Seoane, Romero, Álvarez, García (2014), p.153.

<b>Clasificación de Frankl</b>	
Cooperador.	Cooperación, buena comunicación, motivación e interés por el tratamiento y relajación y control de extremidades
Parcialmente cooperador.	Acepta el tratamiento de manera cautelosa, llanto esporádico, es reservado, se puede establecer comunicación verbal, varía entre levemente negativo y levemente positivo.
Poco cooperador.	Rechaza el tratamiento, movimientos leves de extremidades, comportamiento tímido, bloquea la comunicación, acepta y sigue algunas órdenes y el llanto es monotónico.
No cooperador.	Rechaza el tratamiento, llanto intenso, movimientos fuertes de extremidades, no es posible la comunicación verbal y el comportamiento es agresivo.

**Tabla 2.** Clasificación conductual de Lampshire recuperado de García, Seoane, Romero, Álvarez y García (2014), p. 149.

	<b>Clasificación de Lampshire</b>
Cooperador	Relajado física y emocionalmente. Cooperar con los procedimientos dentales.
Cooperador tenso	Tenso física y emocionalmente. Cooperar con los procedimientos dentales.
Aprehensivo	Evita el tratamiento dental. Se suele esconder detrás de los padres. Evita mirar o hablar al dentista.
Temeroso	Requiere gran apoyo para superar el temor al tratamiento dental.
Terco o desafiante	Opone resistencia pasiva para evitar el tratamiento dental, anteriormente conseguido.
Hiperemotivo	Responden con gran agitación, mediante gritos, patadas y/o llorando.
Discapacitados	Niños con necesidades especiales
Emocionalmente inmaduro	Niños menores de 3 años.

**Tabla 3.** Clasificación conductual de Lampshire. Recuperado de García, Seoane, Romero, Álvarez, García (2014), p. 149.

Por último, pero no menos importante, se encuentra la presencia de cuidadores o familiares, ya que muchas veces los menores que acuden a consulta acompañados de sus padres pasan la mayor parte del tiempo con cuidadores, generalmente familiares, por ejemplo, abuelos, tíos, primos mayores, etc., y están presentes previo a la consulta y al llegar de ella, y si no conocen el protocolo que maneja el odontopediatra previo y posterior a la consulta pueden influir de manera negativa, aunque si se les toma en cuenta pueden tener una repercusión positiva en el comportamiento del menor durante el tratamiento.

Para poder ilustrar lo anterior, tomaré como ejemplo una situación observada constantemente con los cuidadores de los menores y cuál es la influencia que pueden llegar a tener para la eficacia o el fracaso del tratamiento. Generalmente los menores son cuidados por familiares, quienes constantemente suministran gran cantidad de azúcar y de manera constante (en dulces, chocolates, jugos artificiales, refrescos), mientras que los padres restringen los mismos, previo a iniciar el plan de tratamiento, el odontopediatra pide disminuir la alta ingesta de azúcar, acompañada da una explicación de hábitos, también habla acerca de lo que puede pasar en consulta, resuelve dudas de los padres, e incluso enseña a los padres a cómo explicar a los menores el procedimiento que llevarán a cabo y la importancia de expresarse de manera positiva a la consulta previa y posterior a esta, aún si se presentó un comportamiento poco cooperativo, sin embargo, cuando esta información no es compartida con los cuidadores, realizan comentarios negativos de consulta porque asocian la idea preconcebida de llanto con dolor, utilizan frases como, “pobrecito, ¿te lastimaron mucho?”, “ya no te vamos a llevar porque te dolió mucho”, o bien, utilizan la imagen del dentista como una forma de castigo “si te portas mal te voy a llevar al dentista a que te piquen”, e incluso incitan constantemente a los padres a abandonar el tratamiento, utilizando frases como “sus dientes se van a caer”, “el tratamiento es bastante caro para que no le dure”, “sino le doliera no lloraría”, “sufre más cada que lo llevas con el dentista”.

Estas frases son las que constantemente expresan los cuidadores que acompañan a los padres a consulta, incluso, los padres constantemente recalcan que mientras ellos procuran disminuir el nivel de azúcar, sin embargo, los cuidadores son los que acceden a seguir con una dieta alta en azúcar. Cuando se hace participe a los cuidadores en esta plática previa a la

consulta, suelen cambiar las ideas preconcebidas que tienen repercutiendo de manera positiva en el tratamiento del menor.

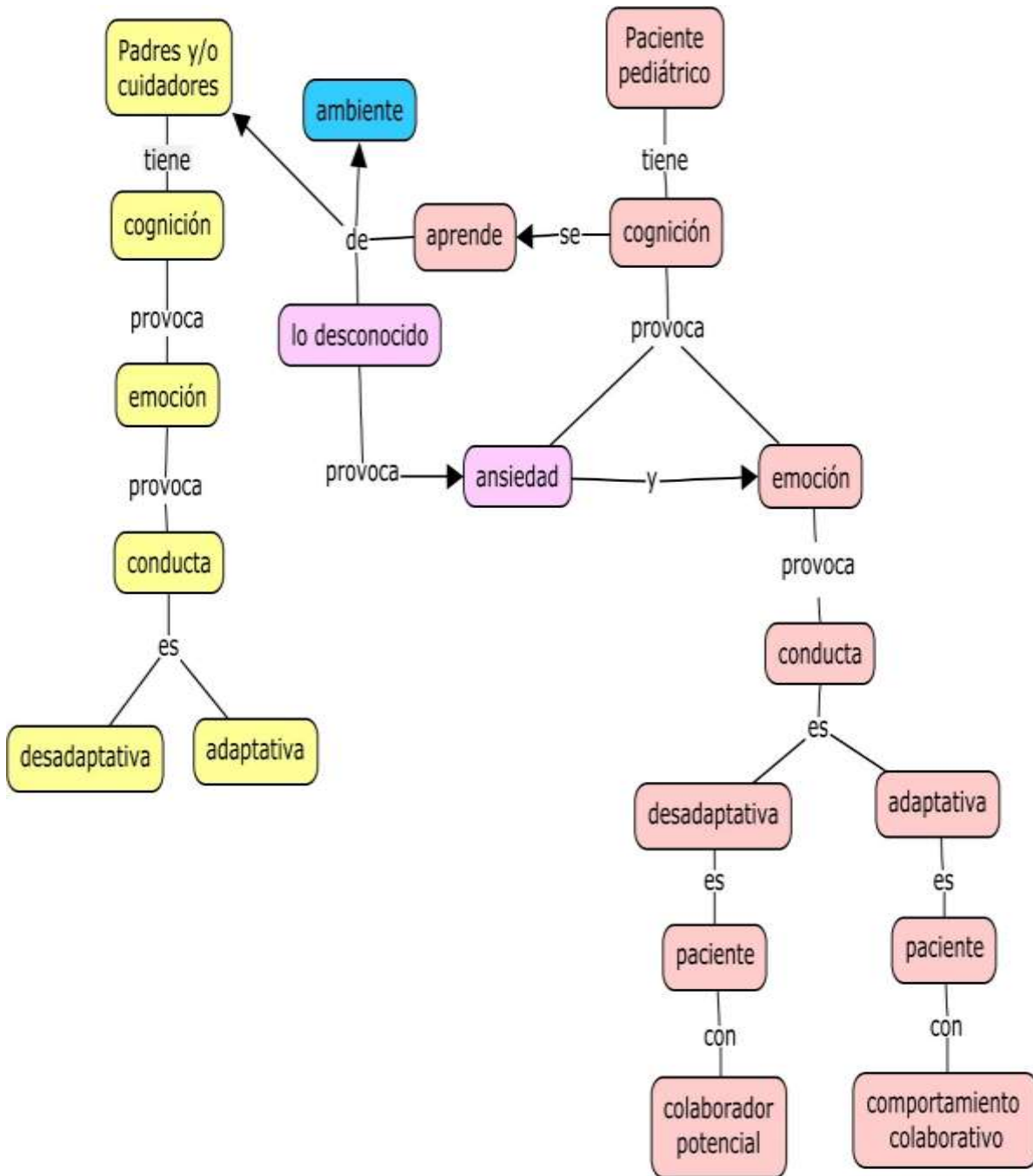
### **3.2 Explicación cognitivo conductual de lo que ocurre en consulta**

Ya se mencionaron los personajes que influyen dentro y fuera de consulta, pero ¿qué ocurre dentro de ella? la explicación cognitivo conductual, parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (el psicólogo ayuda en esta educación a odontólogo, personal auxiliar, padres, cuidadores y niño), así en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de la conducta se centran en la conducta observable (la conducta del niño) y el ambiente en el que se produce (consultorio dental, hogar), por supuesto, fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Es decir, si en consulta el paciente pediátrico tiene un comportamiento colaborativo (conducta adaptada) o un comportamiento incontrolado (conducta desadaptada), este, fue aprendido del ambiente, padres de familia y/o cuidadores, o bien es el comportamiento que se adapta ante una situación desconocida. En la psicología cognitivo conductual no se indaga acerca de estructuras que permanecen ocultas en un comportamiento controlado o incontrolado, sin embargo, se puede intervenir en la idea preconcebida (cognición) que se tiene de *lo que puede pasar en la consulta* para poder cambiar la emoción (afectivo) y como consecuencia cambiar la conducta, por ello, en la escala conductual de Wright se plantea que niños con un comportamiento incontrolado son colaboradores potenciales, porque si cambias la idea preconcebida que se tiene de lo que hace el instrumental, la pieza de alta velocidad, etc., se puede cambiar la emoción que se causa y por lo tanto modificar el comportamiento del paciente pediátrico, de los padres y cuidadores.

Este es un enfoque que como expertos de la conducta se le plantea a la odontopediatría, ya que, si bien el comportamiento del niño es un pilar fundamental para el buen desarrollo de la consulta, no se debe tomar la capacidad del niño para cooperar como eje determinante para que un odontólogo lo pueda o no atender, se sugiere adaptar la consulta a sus necesidades, ya que, de lo contrario, se retrocedería 85 años en esta disciplina.

Si se pretende mejorar la atención al paciente adecuándose a sus necesidades, se debe tener en cuenta todo el proceso que se involucra para poder intervenir de manera oportuna, esto implica saber cómo ocurre el proceso (*figura 10*) para intervenir de manera óptima.



**Figura 10.** Esquema de lo que ocurre en consulta con el paciente pediátrico y sus padres y/o cuidadores desde una perspectiva cognitivo conductual.



El paciente pediátrico tiene una cognición, es decir, una idea preconcebida de lo que pasará en su visita al dentista, y esta, puede abarcar demasiados puntos que se resumen en *lo que pasa, por qué pasa, para qué pasa*, estas cogniciones a su vez causarán emociones (miedo, ira, tristeza, temor, felicidad) las cuales provocarán una conducta (adaptativa o desadaptativa).

En el apartado anterior, se mencionó que los padres responden de manera diferente ante situaciones en las que se ven involucrados los niños, a esta forma de responder Núñez, Parés y López (2006) las denominaron actitudes, las cuales se conforman por cognición, emoción y conducta, estas no permanecen inertes, ya que se pueden modificar repentinamente como resultado de una experiencia o ser adquiridas paulatinamente (mediante el aprendizaje). Cuando se realizan de manera paulatina, generalmente se busca cambiar el componente de la conducta mediante algunos métodos, tales como el reforzamiento y la modelación, dejándose de lado las cogniciones.

La idea preconcebida (cognición) de que *lo sucede en el dentista* se puede aprender del ambiente, por ejemplo, en publicidad, videos en diversas plataformas digitales, programas de entretenimiento, etc., y se pueden aprender de manera positiva (explicaciones sencillas, juegos didácticos, mencionar ventajas de procedimientos, etc.) o de manera negativa (se muestran de manera gráfica o exagerada los procedimientos odontológicos, comentarios erróneos o expresiones negativas de acudir con dentistas e incluso ser un castigo asistir como consecuencia de un mal comportamiento), por ello se recomienda supervisar constantemente a qué tipo de información se encuentran expuestos los menores, y en caso que no se haya podido evitar un contacto negativo, se recomienda que se le haga saber al odontopediatra desde la primer consulta, esto también es para los padres, ya que en caso de ser expuestos a este tipo de información se recomienda que presenten sus ideas e inquietudes al odontólogo, por ello, *“es muy importante además de la prestación de servicios preventivos y restauradores, la difusión de una actitud positiva que modifique la imagen inadecuada con respecto al tratamiento odontológico”* (Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa y Corrêa, 2010, p.101).

Lo anterior se relaciona directamente en cómo los padres ayudan a formar una percepción positiva o negativa del dentista mediante palabras o conductas, ya que los padres

también cuentan con una idea preconcebida de lo que puede pasar en consulta, sobre todo si esta implicará dolor o llanto, ante esto, Arellano y Elías (2013) hacen hincapié en que el odontólogo no solo se enfrenta a la conducta del menor, sino también a la conducta de los padres, específicamente de la madre, ya que quiere proteger a su bebé de cualquier daño y evitar el llanto, incluso llegando a interpretar como daño directo procedimientos simples como limpieza con una gasa.

En otras palabras, las experiencias de interacción con los padres han llevado a los niños a distintas representaciones cognoscitivas y afectivas, si los padres muestran conductas, como temblor de la voz o tensión muscular (depende de cada padre), son focos rojos que comienzan a indicar al menor que algo negativo pasará, en consulta odontológica generalmente las conductas negativas que manifiestan los padres son realizar muchas preguntas acerca del procedimiento que se realiza insistiendo si este conlleva dolor, querer tener proximidad física con el niño, interrumpir constantemente al odontólogo o al equipo auxiliar durante el procedimiento, pedir la interrupción del tratamiento o bien, no acudir a las citas posteriores, también, suelen utilizar palabras explícitas o incorrectas para referirse a ciertos procedimientos, por ejemplo, al anestésiar lo llaman inyectar, a la sujeción en una cama Macri lo nombran amarrar, palabras que para el menor conllevan una cognición muy diferente a la del adulto.

Al respecto, Marcum, Turner y Courts, (1997, en Vergara, 2013) realizaron una investigación donde concluyeron que la presencia de los padres no ocasionó molestia en los procedimientos de exploración, pero sí durante el desarrollo del tratamiento de operatoria dental realizado por estudiantes de odontología de los Estados Unidos y adicionalmente provocó mal comportamiento en el paciente, incomodidad en los padres y estudiantes, teniendo como consecuencia pérdida de tiempo durante la atención.

Para comprender mejor lo estudiado por Marcum, Turner y Courts, (1997, en Vergara, 2013), se tiene que los procedimientos de exploración no son invasivos, se suele utilizar un espejo y un explorador dental o incluso no requerirlo, sin embargo, durante el desarrollo del tratamiento de operatoria dental se utilizan más instrumental así como diversos procedimientos, dónde, de ser necesario se utilizan técnicas de restricción para poder realizarlos, sin embargo, los padres al querer proteger a su bebé de cualquier daño y evitar el



*Figura 11.* Madre sujetando a paciente pediátrico en la consulta odontológica en procedimiento de exploración donde no es necesario instrumental dental. (Recuperado de Quiroz y Melgar, 2012).

llanto pueden realizar conductas que no ayudan a la atención odontológica, llegando a modificar el comportamiento del menor e incomodar al odontólogo y personal auxiliar, de ahí la importancia del manejo de información que repercute directamente en la actitud de los padres de familia y/o cuidadores.

Núñez, Parés y López (2006) retoman un estudio realizado por Scott y García-Godoy sobre la actitud que tienen los padres de familia hispanos acerca de la utilización de las técnicas de restricción en los niños dentro de la consulta dental, a una muestra de padres se les realizó un cuestionario para medir la actitud que tenían hacia las técnicas, posteriormente, se les presentó un video en el que observaron la utilización de algunas de estas técnicas, después, la muestra fue separado en dos grupos, al primero se les dio una

explicación verbal sobre el uso de las técnicas, mientras que el segundo grupo solo permaneció con la información dada en el video. Por último, se unieron ambos grupos para exponer su agrado o desagrado sobre las técnicas, se concluyó que los padres que recibieron la explicación verbal mostraron mayor agrado al uso de estas técnicas, aunque no todas fueron aceptadas.

Este estudio permite observar que mediante el aprendizaje se puede modificar la percepción que se tiene de un componente en el consultorio dental como lo son las técnicas de restricción, haciendo más probable una conducta adaptativa frente a estas técnicas por parte de los padres y por lo tanto cambiando la cognición, emoción y conducta del menor, ahora bien, este cambio deberá ser constantemente reforzado tanto por padres y cuidadores, ya que la percepción de estos últimos también influye en el comportamiento de los menores, no se puede dejar de lado que en ausencia de los padres, los cuidadores ayudan a formar las cogniciones que los pacientes pediátricos forman del entorno que los rodea. Si bien es cierto que este estudio solo tomo en cuenta la actitud de los padres ante las técnicas de restricción y como se ve modificada mediante el aprendizaje, también da una pauta importante a que los padres y/o cuidadores pueden llegar a condicionar el comportamiento del menor frente a la consulta odontológica.

Esto se ve reafirmado por Vergara (2013) mencionado que para que la consulta sea un acierto, es necesario conocer el entorno de los niños y particularmente la influencia que ejercen los padres como progenitores y cuidadores, ya que no sólo son los responsables legales del niño, sino que pueden condicionar el comportamiento de este frente a la consulta, además, el odontólogo pediatra debe tener la capacidad de guiar al niño a través de su experiencia dental, junto a sus padres, quienes toman la decisión de llevarlo a la consulta, de iniciar o no el tratamiento, y de concluir o interrumpir el mismo.

Tener la capacidad y las herramientas para que el odontólogo pueda guiar a padres y niños hace retomar lo expuesto por el *Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría* se enfoca en trabajar directamente en la conducta del menor, mediante técnicas de modificación del comportamiento, haciendo hincapié en que el odontólogo pediatra debe contar con habilidades de comunicación, empatía, entrenamiento, además debe escuchar de manera atenta al paciente y a los padres, dicho manual es retomado por varios

odontólogos y odontopediatras ya que es una herramienta elaborada por la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (2017), sin embargo, no mencionan la importancia de intervenir mediante el aprendizaje en aspectos tan importantes como las ideas que repercuten en las emociones de los niños, el tono de voz de los menores, la importancia de saber cómo se relaciona el menor con los padres y/o cuidadores e incluso no mencionan la relevancia que tendría informar a los padres acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo con el menor.

“Esto puede ser resuelto mediante la educación, dando a conocer las diversas situaciones que se pueden producir durante la consulta. Indicar que el llanto es una respuesta normal del bebé y que mientras no se le realicen procedimientos cruentos, no se debe temer por su seguridad.”  
(Arellano y Elías, 2013, p. 6)

El punto que desean hacer notar los autores es bastante acertado, sin embargo, aún en procedimientos que producen irrigación de sangre no necesariamente se debe temer por la seguridad del menor como lo afirman Arellano y Elías, por ejemplo, realizar una pulpotomía, tratamiento cuyo objetivo es extraer una parte de la pulpa dentaria (tejido nervioso del diente) que ha resultado dañada suele ser un procedimiento cruento, ya que la inflamación de la pulpa dentaria conlleva un sangrado que puede ser bastante abundante (Sin autor, 2018), sin embargo, no es sinónimo de dolor o un procedimiento por el cual los padres de familia deban temer, aunque esto no amerita que no conlleve una impresión para el padre de familia, sin embargo, son variables que se pueden producir y deben ser explicados previamente.

Así Vergara (2013) concreta diciendo que la falta de información, sobre todo, la no ofrecida a los padres del niño sobre los tipos de tratamiento odontológicos y las técnicas de manejo, se suman los problemas legales derivados de la falta de explicación, por ello surge la necesidad de realizar un consentimiento informado. Muchas veces el consentimiento informado se deja de lado por el odontólogo, asumiendo que todo queda claro para el padre de familia y no lo considera necesario, sin embargo, el consentimiento da pauta a que el odontólogo tenga la garantía que explico el procedimiento al cual el niño estaría sometido.

Complementando el consentimiento informado, sugiero el uso de un decálogo con los puntos más relevantes de la plática previa con el odontólogo, ya que ayuda a los padres a no olvidar información relevante del tratamiento, ya que ayuda a “*comprender el* alcance de

## EL DECÁLOGO DE LA PRIMERA VISITA AL DENTISTA.



1. Familiarice a su hijo con el consultorio dental y deje que su hijo conozca al dentista.
2. Juegue con su hijo al dentista. Pídale que abra la boca y cuente sus dientes bajo la luz de una lámpara, luego cambie los papeles y deje que su hijo juegue al dentista y observe su boca.
3. Cepille los dientes de su hijo y deje que el participe. Lea a su hijo un libro acerca de ir al dentista por primera vez.
4. Exponga a la odontóloga cualquier dato importante de su hijo antes de la cita, incluyendo cualquier necesidad especial o problema médico como alergias o alteraciones sanguíneas.
5. Se sugiere que la primera cita de su hijo sea por la mañana, ya que facilitará su comportamiento cuando están recién despiertos.
6. Responda las preguntas que haga el pequeño de manera sencilla. Si su hijo le pregunta, que es lo que le van a hacer, explíquele que el/la dentista y el/la asistente verán sus dientes, los van a contar y a lavar. No trate de explicar exactamente lo que va a pasar. El dentista y equipo auxiliar tienen palabras especiales y maneras para explicarle los procedimientos a su hijo.
7. Deje que su dentista decida cuando debe acompañar a su hijo hasta el sillón dental. Algunos niños responden mejor si sus padres no están presentes.
8. No espere un comportamiento perfecto. Su hijo probablemente se muestre tímido y temeroso.
9. Procure evitar palabras negativas como dolor, empujar, agujas, piquetes, taladro, o bien, en caso de ser necesario sujetar a su pequeño, evite utilizar palabras como amarrar, sustitúyala por envolver como taquito o cobijar, de esta forma será más fácil comprender la situación sin asociar una mala experiencia ayudando a controlar su miedo.
10. NUNCA oculte a su hijo la visita a nuestras instalaciones, o mencione ir a un lugar diferente.

Acudir si su dentista lo indica:

- Sin desayunar
- Chamarra con gorra
- Muda de ropa
- Frazada favorita

**Figura 12.** Decálogo de la primera visita al dentista, material de apoyo dirigido a padres (Vázquez, 2021. Comunicación personal).

*esta profesión y facilita la elaboración de programas para la selección y formación permanente”* (Soler, 2015). El ejemplo elaborado en la *figura 12* da una guía para complementar la información que puede ser proporcionada por parte del odontopediatra a los padres.

Esta figura, tiene como objetivo informar y orientar a los padres acerca de cómo responder ante la primera visita al dentista; en primer punto se le pide al padre dejar que el niño se familiarizarse en el espacio dental y con el odontólogo, con esto se logrará que no sea una experiencia desconocida, también se ve favorecida por el punto 2 y 3 , el punto 4 hace más referencia a problemas de salud que pueden afectar el tratamiento dental, el punto 5 menciona como favorece las citas por la mañana, ya que los menores están descansados. El punto 6 se enfoca en cómo los padres deben explicar a los menores que sucederá en el momento de su consulta, utilizando un lenguaje sencillo.

El punto 7 también hace recordar a los padres que a veces sus pequeños responden de mejor manera cuando no se encuentran acompañados por sus padres, este punto debe ser tratado con suma delicadeza, ya que se debe cambiar la cognición de abandono en el tratamiento, es decir, los padres no deben quedarse con la idea en este punto que no estar con los pequeños significa que los dejarán abandonados en un momento importante, por el contrario, su compañía puede ser la mejor herramienta para que su pequeño logre alcanzar un comportamiento ya que el odontólogo puede negociar con el pequeño que si se encuentra tranquilo podrá estar acompañado con su mamá y que vea que es muy valiente.

El punto 8 hace hincapié en que el comportamiento del menor podría no ser perfecto, sin embargo, el odontólogo debe complementar que su comportamiento irá modificándose paulatinamente si se comienza a modificar la cognición que el menor percibe de las visitas al dentista, ya que asistir a consulta traerá beneficios principalmente a ellos, ya que podrá comer mejor, no tendrán dolor, también insistiendo en que son muy valientes y que pueden aprender a controlar sus emociones como lo son el miedo.

El punto 9 complementa al anterior, ya que para cambiar la cognición del menor y por lo tanto la emoción, se debe mencionar de manera positiva algunos procedimientos e instrumentales, ayudando a que la percepción del menor cambie, e incluso su explicación sea

más sencilla, ayudando así a que los procedimientos no sean desconocidos y así no se presente ansiedad por ser algo desconocido.

La *figura 10* también hace referencia a que el menor tiene presente un aprendizaje que se toma de lo desconocido, y que esto a su vez se ve directamente relacionado con ansiedad, esto se debe a que la visita al dentista es estar en una situación desconocida, ante ello Sálate y Tello (2013) mencionan *“la primera visita del niño al consultorio odontológico puede generar una situación de estrés, por ser una experiencia nueva en un ambiente desconocido. Por eso, es importante que se dé en un ambiente adecuado, con personal capacitado y apropiadas actitudes del profesional para garantizar el éxito de la atención”* (p. 8).

Al encontrarse con lo desconocido el niño puede comenzar a realizar una serie de cogniciones negativas debido al desarrollo emocional y sociológico del niño aún no se cuenta con las suficientes herramientas para poder realizar escenarios positivos ante situaciones que sean desconocidas, este es un punto que también se trata en el siguiente apartado diferenciando miedo y ansiedad.

Hasta este momento se ha descrito que el manejo de la conducta en el niño es un aspecto crítico durante los procedimientos dentales, ya que la atención odontológica en niños pequeños se basa en un correcto manejo de la conducta, por ello, se utilizan diversas técnicas para mejorarla. El objetivo de la consulta siempre será brindar una bienvenida cálida al paciente y sus padres, en un ambiente amistoso para que disminuya la ansiedad y facilite la relación que se hace entre el Odontólogo, equipo auxiliar, paciente, padres y/o cuidadores, el odontólogo y el personal auxiliar deben utilizar todas aquellas estrategias efectivas para lograr la ambientación a la atención odontológica.

Para que el menor logre colaborar en el tratamiento, se logrará a través de un proceso de enseñanza aprendizaje el cual le dará los conocimientos necesarios para promover su actitud positiva (Hernández y Ruiz, 2019) y este aprendizaje también se debe de dar a padres y cuidadores ya que el éxito de la practica odontológica en niños no solo depende de las habilidades técnicas del odontólogo ya que la capacidad de lograr y mantener la cooperación infantil también implica a quienes permanecen en el ambiente más cercano del menor.



Siguiendo la línea de la *figura 10*, se puede observar que una emoción produce una conducta desadaptativa o adaptativa, y con base en ello, el paciente será colaborador potencial o tendrá un comportamiento colaborativo. Para los niños menores de tres años es mucho más difícil controlar las emociones que puedan sentir, ya que se encuentran constantemente aprendiendo a identificarlas, sin embargo, si su cognición se va moldeando de manera positiva por todos, le será más fácil poder controlar emociones negativas en el dentista conforme vaya creciendo. Nos centraremos en las emociones que predominan en niños con conductas desadaptativas siendo un paciente potencialmente colaborador, las cuales son miedo y ansiedad.

### **3.3 ¿Miedo o ansiedad?**

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 apunan a procesos psicológicos relacionados con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social (Hernández y Rodríguez, 2019)

A pesar de no contar con una explicación extensa del porqué surge el miedo al dentista si se aclara una relación directa con el aprendizaje, apoyando a la teoría cognitivo conductual cuando se menciona que según como sea presenta la idea del dentista es como se desarrolla o no la emoción de miedo, y ese aprendizaje a pesar de que Hernández y Rodríguez mencionan que es a nivel individual y/o social, se refuta que los padres y cuidadores siendo el nivel social sí influyen de manera directa, al menos en los niños.

El miedo dental es un tema bastante extenso, en niños es frecuentemente la principal causa de problemas de manejo del comportamiento, de interrupciones del tratamiento y de subsecuentes derivaciones a especialistas o clínicas especializadas en miedo dental o cuidados especiales, incluso Rojano,(2004, citado en Hermida, Ramírez, Florencia et al., 2017) menciona que los temores más frecuentes en los niños son el miedo a hablar en público y en segundo lugar el miedo a acudir al odontólogo, esto nos da una gran idea de cómo es que si influye las cogniciones dentro de las emociones del menor, y sí, el miedo es una

respuesta natural que conlleva a la supervivencia de los organismos, sin embargo, preparar al menor para poder enfrentarlo ayudará a controlarlo.

Para comprender un poco mejor la emoción se debe comprender que el miedo es innato, sin embargo, cambia de acuerdo con cómo se clasifica, y son Hernández y Ruiz (2019) quienes mejor ilustran dos distinciones principales, el miedo arcaico y el miedo a lo desconocido;

- Miedo 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 de baja, micromotor, o el sentir la pérdida del equilibrio al bajar el sillón.
- 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.

El Odontólogo debe brindarle apoyo y seguridad en todo momento, debe estar atento a las expresiones faciales y corporales que denoten miedo: ojos cerrados con fuerza, temblor del mentón, puños, entre otros. Esto logrará fomentar una comunicación efectiva con el niño ya que el inadecuado desarrollo psicológico del niño, lo puede llevar en el futuro a no ser tratado apropiadamente, lo cual afectará su calidad de vida.

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 (Hernández, Ruiz, 2019, p.43). En el caso de la consulta odontológica la ansiedad se presenta como una percepción de amenaza ante algo desconocido, a la incertidumbre de no saber que puede pasar y si se percibirá dolor, o para qué se utiliza el instrumental, mientras que el miedo se asocia a situaciones que ya no son desconocidas, por el contrario es miedo a ante situaciones específicas, por ejemplo, el menor puede ya no tenerle miedo al dentista, a sentarse en la unidad dental, pero puede tenerle miedo a la pieza de alta velocidad, o la sensación que esta causa.

Saete y Tello (2013). Mencionan que el miedo y la ansiedad en odontología tienen una etiología multifactorial que incluye género, edad y origen cultural del niño, actitud del profesional y ansiedad de la madre. Todo esto perjudica la atención odontológica y el adecuado desarrollo psicológico del niño, lo que puede llevar en el futuro a no ser tratado apropiadamente, lo cual afectará su calidad de vida.

Complementando lo anterior, se puede decir que la ansiedad es caracterizada por la aparición de sentimientos subjetivos de tensión y aprensión que están constantemente fluctuando en intensidad, la cual genera una serie de cogniciones negativas que incluso pueden llevar al paciente, padres y/o cuidadores a perder el control de la situación. Son Klingberg y Broberg (2007, citado en Ríos, Herrera y Rojas, 2014) quienes especifican la definición de ansiedad dental como un estado de aprensión de que algo terrible pasará con relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control.

Este estado de ansiedad, que genera constantemente cogniciones negativas que influyen directamente en el comportamiento tanto del paciente como de los padres y/o cuidadores, afecta el grado en que la conducta de un paciente se modifica en relación con el seguimiento o abandono de un tratamiento dental, dicho de otra forma por Ríos, Herrera y Rojas (2014) los pacientes ansiosos tienen más probabilidades de evitar o retrasar el tratamiento y de cancelar la cita con el dentista, además que genera una disminución del estado de salud oral del individuo, aumentando la presencia de caries sin tratamiento y el número de dientes cariados.

Podemos observar como la salud bucal se ve directamente afectada por la ansiedad dental, teniendo como consecuencia un aumento en el número de caries, las cuales a no ser atendidas, pueden llegar a tratamientos más complejos como la endodoncia, extracciones dentales, o bien, en la misma hospitalización del paciente por complicaciones. Esta misma ansiedad es presentada en padres, la cual provoca la evitación del tratamiento dental para sus hijos, incluso, solo llevan a su pequeño cuando este realmente cuenta con mucho dolor, aun cuando la boca de su pequeño presenta múltiples lesiones cariosas haciendo que los dientes cambien de color, o presenten bolsas periodontales (*figura 13*) las cuales son bultos que aparecen en la encía llenos de bacterias que se producen cuando un material extraño se introduce por la fuerza dentro del tejido gingival u ocluye el orificio del saco, las bacterias



**Figura 13.** Vista frontal de la cavidad bucal, se observa múltiples lesiones cariosas y fistula por vestibular en paciente femenino de 6 años (Recuperado de Ferreira, Jacquett, Ibarola, 2018).



**Figura 14.** Vista frontal de la cavidad bucal, se observa múltiples lesiones cariosas y fistula por vestibular en paciente femenino de 6 años (Recuperado de Ferreira, Jacquett, Ibarola, 2018).

pueden proliferar, surgiendo una infección bacteriana y teniendo como consecuencia a un absceso (Salinas, Millán y León, 2008), estos síntomas traen como consecuencia que el menor no pueda comer e incluso se perciba un mal olor en la boca (halitosis).

### **3.4 Técnicas enfocadas en la conducta dentro de la consulta odontopediátrica.**

Ya se habló acerca de cómo la cognición puede lograr cambiar la emoción y que esta modifica la conducta, sin embargo, la intervención en el consultorio dental también se ve influida por una serie de técnicas que intervienen de manera directa en la conducta del menor, y a su vez pueden ayudar en el proceso de modificar la cognición, ya que no se debe olvidar que es un proceso el cual lleva su tiempo. Estas técnicas son clasificadas en dos grandes categorías por Arellano y Podestá (2015); la primera son las técnicas educativo-informativas (EI) y las segundas son las educativo-demostrativas (ED) y son utilizadas por la mayoría de los odontopediatras según las circunstancias en que se encuentren el menor y el dentista, por un lado, cuando se ocupa una técnica educativo-informativa es porque se busca transmitir información mediante la palabra, es decir, mediante charlas para el pequeño, mientras que una técnica educativo-demostrativa tiene ejemplos operativos (instrucción) para poder lograr destrezas manuales (de preferencia directamente en el bebé) luego de charlas y uso de elementos.

Por otra parte, autores como Salet y Tello (2013), se enfocan en agrupar a las técnicas en técnicas farmacológicas, en las que se incluyen algún tipo de sedación para poder atender al menor, quedando en un estado inconsciente, mientras que las técnicas no farmacológicas se enfocan directamente en el manejo del comportamiento, estas a su vez son clasificadas en técnicas no restrictivas y restrictivas. A continuación, se mencionarán de manera breve en qué consisten dichas técnicas:

- Decir-mostrar-hacer. Es una de las técnicas pilares y muy utilizada para familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos, ya que se le da una explicación muy sencilla acerca de la función del instrumental e incluso se pueden realizar analogías, por ejemplo, la pieza de baja velocidad con un cepillo de profilaxis se puede semejar con un cepillo de dientes muy pequeño ya que limpiara

diente por diente, se le muestra como da vueltas e incluso se puede poner en una uña para poder mostrar que hacer.

- Distracción. Es una técnica utilizada para desviar la atención del niño de los procedimientos desagradables por medio de la diversión. Esta técnica es de acuerdo con los gustos del menor, por ejemplo, en la *figura 16* se observa a la odontóloga pintando sus uñas para que la menor evite el movimiento durante la consulta para que sus uñas queden esmaltadas.
- Modelos Ayuda a reducir comportamientos negativos y de ansiedad, mostrando al paciente la atención odontológica en su hermano mayor o en otro niño (con edad similar) que hayan mostrado siempre buen comportamiento, incluso, se pueden utilizar muñecos que acompañen al menor a consulta, ya que es muy común que acudan con un muñeco, y este puede ser utilizado como modelador de conducta.
- Refuerzo positivo. Es una técnica efectiva que recompensa al paciente por su buen comportamiento y favorece una buena conducta en la siguiente consulta. Si bien, los autores llaman refuerzo positivo a esta técnica, los psicólogos la denominan como recompensa, ya que es un pequeño incentivo el cual no condiciona una conducta sino al comportamiento adaptativo del menor conforme avanzan las consultas.
- Control mediante la voz. Es una alteración controlada del volumen y el tono de voz, que influencia y mejora la conducta del paciente, y establece límites si ocurre un comportamiento indeseable del niño. Esta técnica se utiliza principalmente en pacientes potencialmente cooperativos, ya que la voz del odontólogo y personal auxiliar puede variar conforme se comporte el menor, muchas veces se debe alzar, ya que se encuentran llorando muy fuerte y suelen no escuchar las instrucciones que se les proporciona, sin embargo, nunca se ofende al paciente, incluso esta técnica se menciona en el decálogo de la *figura 12*.



**Figura 15.** Odontóloga utilizando la técnica “decir, mostrar, hacer” con pieza de alta (Recuperada de Teixeira, Guinot y Bellet, 2008).



**Figura 16.** Técnica de distracción, odontopediatra pintando las uñas de una paciente.

Por otra parte, las técnicas de restricción se enfocan en la contención física, denominada actualmente estabilización protectora, es el acto de restringir la libertad de los movimientos del paciente con el fin de minimizar los riesgos de daños, ya que si bien el instrumental dental no está diseñado para lastimar a los menores, si cuentan con puntas, las cuales pueden rasgar tejido blando tal como mejillas, labios, o la lengua, estas técnicas permiten la realización del tratamiento odontopediátrico con protección, seguridad y sobre todo con precaución. Esta técnica se divide en dos; la estabilización protectora activa y estabilización protectora pasiva, en la primera, la restricción de los movimientos la realizan los padres o el cuidador (*figura 11*), según sea quien acompañe a l menor a consulta, el odontopediatra le pide inmovilizar las manos y rodillas del niño, mientras que el personal auxiliar sujeta la cabeza y coloca el abre bocas si es necesario

Mientras que la estabilización protectora pasiva se realiza con dispositivos e instrumentos que ayudan a restringir y proporcionan seguridad al niño, permitiendo que el profesional ejecute el tratamiento con calidad y precisión, en esta se incluye la cama Macri, las gomas para evitar que el menor cierra la boca.





**Figura 17.** Odontóloga detiene tratamiento al notar expresiones faciales y corporales que denotan miedo, mientras se ocupa una estabilización protectora pasiva (Recuperado de Castro, 2015).

# Discusión

La psicología dentro del consultorio dental podría parecer extraño, e incluso, su participación podría ser confusa, sin embargo, a través de este escrito se tuvo como objetivo que el psicólogo logre dar las bases para adaptar el escenario odontológico, para proporcionar una guía documental y así poder orientar a los profesionales, los padres y demás partes interesadas en las variadas técnicas para la adaptación del comportamiento utilizadas en la odontopediatría.

La integración de la información relativa de las características y habilidades que debe desempeñar el psicólogo trabajando con el odontopediatra desde una perspectiva cognitivo conductual en psicología a través de la investigación documental permitió cumplir el objetivo de este trabajo, ayudando principalmente a cambiar la idea que un niño no puede cambiar su comportamiento por el miedo que puede sentir respecto a la consulta odontológica, el psicólogo puede ayudar a intervenir principalmente en las ideas preconcebidas que se tienen de la visita al dentista tanto de padres, cuidadores y niños, no solo enfocándose en refuerzos positivos si se llega a presentar una conducta adaptable en consulta.

Se debe reconocer que la extensión del documento sería mayor si se pretendiera abordar a fondo este tema, por ejemplo, aportando más información acerca de cómo las emociones repercuten de manera diferente respecto a la edad del menor, así como las posibles respuestas que se tendrían al presentarse más emociones a parte del miedo, es decir, investigar más a fondo las emociones que se presentan cuando los pacientes y los padres tienen una conducta adaptativa para poder tener un contraste más claro entre las emociones que ayudan a que se presente una conducta adaptativa o desadaptativa. Por lo que respecta a los niños con conductas adaptativas también se pudo indagar más acerca de la existencia de técnicas para la continuar con la respuesta adaptativa y no perderla, o bien, que no se vea afectada de alguna forma.

## Discusión

Por el momento se puede sostener la importancia que tienen en el sistema de salud los odontopediatras, en primera instancia, a lo largo de la historia han logrado transformar la odontopediatría, pasando de una disciplina que se basaba en el buen comportamiento de los menores como factor determinante para poder realizar un tratamiento, a una disciplina que fomenta el cambio en la conducta de un menor a lo largo de sus consultas odontológicas de manera positiva, es decir, el paciente pediátrico tiene una o varias cogniciones que son aprendidas por medio de sus padres y/o cuidadores, del ambiente, o de lo desconocido, y es esta misma cognición la cual provoca una emoción la cual será encargada de producir una respuesta adaptativa o desadaptativa, en el caso de la primera el paciente tendrá como rasgo principal un comportamiento colaborativo, siguiendo instrucciones, permaneciendo con calma, mientras que un pequeño con una conducta desadaptativa, no se le etiquetará como un mal paciente, incluso llegando a negársele la atención, por el contrario, se convierte en un paciente colaborador potencial, ya que mediante una serie de cambios principalmente en las cogniciones puede llegar a ser un paciente con un comportamiento colaborativo.

Se resalta que tanto padres y cuidadores cuentan con una serie de cogniciones que provocan emociones teniendo como resultado una serie de conductas adaptativas o desadaptativas, y estas repercuten de manera directa en el comportamiento del niño, llegando a ser un factor importante para que el paciente logre un comportamiento totalmente adaptativo, incluso, si previo a ello se le consideró un paciente potencialmente colaborador. No se debe dejar de lado la importancia de los cuidadores, quienes, a pesar de no ser los tutores o padres, pasan bastante tiempo con los menores, y, por ende, repercuten en el proceso que conlleva visitar al dentista, incluso en los hábitos correctos de higiene bucal.

La preparación del equipo auxiliar es importante en la consulta, ya que son el primer encuentro que tienen los menores y padres, deben ser capaces de reaccionar ante el peor de los escenarios, ya que su entrenamiento abarca, la comunicación entre el odontopediatra, el correcto manejo del comportamiento de los padres, cuidadores y niños previo, durante y posterior a la consulta. Deben ser observadores conductuales ya que también son un apoyo para el odontopediatra, ya que este constantemente se encuentra enfocándose en los padres, menores y tratamiento dental.

## Discusión

Por lo tanto, cabe preguntarse qué pasaría si se involucran no sólo los padres y cuidadores, sino también intervenir en ambientes que frecuenten los pacientes pediátricos, por ejemplo, en la escuela, ya que es un ambiente en el cual los menores se encuentran gran parte del tiempo, apoyado en el primer capítulo, ya que es fundamental fomentar buenos hábitos desde etapas tempranas para poder intervenir de manera primaria, enfocado a una buena higiene bucal y hábitos correctos.

Si bien es cierto que los odontopediatras se preparan para conocer todo el desarrollo de los menores, cabe preguntarse qué pasaría si su entrenamiento en conductas fuese enfocado exclusivamente con un enfoque cognitivo conductual y no solo conductual, de qué manera se verá repercutida la forma que da consulta a los menores, y sobre todo este nuevo enfoque logrará una disminución de la ansiedad en niños y padres para poder lograr una adherencia al tratamiento.

Se debe preguntar si el entrenamiento que pueda dar el psicólogo a los padres y cuidadores podría influir en las estrategias de crianza de los pequeños, es decir, cuando se expone la idea que el cambio en las cogniciones de los menores repercute en su comportamiento de manera positiva o negativa podrán tomar esta información relevante de la situación ya conocida y enseñada para poder establecer una correspondencia ante otras situaciones en las que el menor puede tener una conducta desadaptativa, por ejemplo, consultas con el médico familiar, o incluso en situaciones que no necesariamente tengan que ver con la salud del menor.

La investigación documental expuesta se enfoca en las conductas desadaptativas de los menores, sin embargo, se sugiere realizar investigación enfoca también en la conducta adaptativa de los pacientes con comportamiento colaborativo, para poder comparar cuales son las diferencias entre ambos grupos, y como expertos de la conducta, los psicólogos planteen nuevos programas de intervención en servicios dentro de la salud que ayuden no solo a odontólogos, sino a médicos en general que no necesariamente puedan tener un conocimiento tan amplio en el desarrollo de los niños, e incluso puedan ayudar a estudiantes de medicina en formación.

Los trabajos empíricos también pueden ser funcionales una vez planteado este trabajo, ya que la comparación de grupos de estudio será de gran ayuda para recabar

## Discusión

suficientes datos, e incluso adecuar futuros programas de intervención, logrando trabajar varias áreas de la salud, teniendo en cuenta que no sólo se debe de enfocar en el comportamiento de los menores, sino que se debe intervenir desde la cognición para poder modificar la conducta.

Se invita a seguir investigando en este ámbito, desde la psicología cognitivo conductual, sin dejar de lado que los padres y cuidadores también influyen dentro de las cogniciones o ideas preconcebidas de los menores, y así los especialistas en niños deben también tener conocimiento y el entrenamiento para poder intervenir ante el comportamiento de los padres.

# REFERENCIAS

- Abanto, J., Rezende K., Bönecker, M., Corrêa, F. y Corrêa, M. (2010). *Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños*. Rev Estomatol Herediana, 20(2), 101-106. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1769/1788>.
- Aguado, V. y Fragoso, R. (2012). *Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental*. Revista Odontológica Mexicana, 16(4), 242-251. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36170>.
- Alarco, L., Casas, L., Reyes, M. y Ramírez, M. (2017). *Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años*. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, 7(1), 16-24. <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/1/art-3/>.
- Arenas. M., Barbería, E., Marotom, M. y Gómez B. (2006). *Demanda paterna de tratamientos odontopediátricos utilizando anestesia general: una sorprendente realidad*. RCOE, 11(3), 351-356. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2006000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000300005).
- Ascensão, D., Noronha, J. y Ayrton, O. (2014). *Adaptación del comportamiento del paciente pediátrico. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría*. En Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (Ed) Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría (42-59) Editorial Livraria Santos. <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>.
- Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. (2017). *Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatría* (2ª ed.). Editorial Livraria Santos, p. 326.

## Referencias

<http://www.colegiodentistas.org/sitCol/wp-content/uploads/2020/10/Manual-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria-2da-edición.pdf>.

Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. (2020). *Estrategias Psicoconductuales e información para Odontólogos y pacientes que requieran procedimientos de Odontología Pediátrica durante la etapa de la pandemia COVID-19*. Revista de Odontopediatria Latinoamericana, 10(2), 1-37. <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2020/2/art-0/>.

Barrios, M. (2018). *Integración del equipo multidisciplinario en la promoción de salud bucal para niños de alto riesgo y con necesidades especiales*. Revista de Odontopediatria Latinoamericana, 8(2), 166-178 <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2018/2/art-7/#>

Carrasco, M. y Orejuela, F. (2015). *Visita al dentista y hábitos higiénicos en escolares de 6-7 años*. Kiru, 12(1), 33-41. [https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru\\_12-1\\_v\\_p33-41.pdf](https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-1_v_p33-41.pdf).

Castro, A. (18 de noviembre de 2015). *Restricción física* [Mensaje en un blog]. <http://seminariodxintegral.blogspot.com/2015/11/restriccion-fisica-amanda-castro.html>.

Cisneros, G. y Hernández, Y. (2011). *La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida*. MEDISAN, 15(10), 1445-1458. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013).

Cupé, A. y García, C. (2015). *Conocimientos de los padres sobre la salud de niños preescolares desarrollo y validación de un instrumento*. Rev. Estomatol. Herediana, 25(2), 112-121. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552015000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004).

Ferreira, D., Jacquett, N., Ibarrola, M. (2018) *Caries temprana de la infancia. Caso clínico*. Pediatr. (Asunción), 45 (3). <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v242-250.45n3/1683-9803-ped-45-03-242.pdf>.

Fernandes, R., Jiménez, S., Carmo, M., Almeida, D., Nascimento, E. y Araújo, P. (2016). *Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal*. Revista de psicología, 34(2), 357-386. <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v34n2/a07v34n2.pdf>

## Referencias

- Franco, C., Medrano, M., Falcon, L., Medrano, J. y Ortega, V. (2017). *Nivel de autocuidado y enfermedades bucales más frecuentes en pacientes de una clínica universitaria*. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud, 6(12), 1-18. <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/52>.
- García, J., Seoane, J., Romero, M., Álvarez, C., y García, M. (2014). *El paciente como fuente de conocimiento. Características del paciente pediátrico y del paciente ortodóncico*. En Editor del libro *Fuentes documentales y recursos docentes en Odontopediatría y Ortodoncia*, (pp. 141-162). NINO-Centro de Impresión Digital. [http://eprints.rclis.org/30253/2/Fuentes%20de%20informaci%C3%B3n%20en%20Odontología\\_ver%205\\_17x24\\_Libro\\_Completo.pdf](http://eprints.rclis.org/30253/2/Fuentes%20de%20informaci%C3%B3n%20en%20Odontología_ver%205_17x24_Libro_Completo.pdf).
- Garduño, M. (18 de noviembre de 2015). *Técnicas de enfoque físico* [Mensaje en un blog]. <http://seminariodxintegral.blogspot.com/2015/11/c.html>.
- Harrsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. Editorial Pearson, p. 338.
- Hernández, C., Rodríguez, N. y Vargas, Á. (2012). *Los Hábitos de Estudio y la Motivación para el Aprendizaje de los alumnos en tres Carreras de Ingeniería*. Revista de la Educación Superior, 41(3), 67-87.
- Hernández, C. y Rodríguez, A. (2019). *Nivel de dominio de las técnicas conductuales en odontopediatría: aportaciones de una guía básica*. (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México. México. [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/878BDRV9QK71KUKH6TA54T7TLAKYDFY29C37KD9APXTAH9EAKD-22678?func=full-set-set&set\\_number=014809&set\\_entry=000010&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/878BDRV9QK71KUKH6TA54T7TLAKYDFY29C37KD9APXTAH9EAKD-22678?func=full-set-set&set_number=014809&set_entry=000010&format=999).
- Hermida, L., Ram, D., Puig, F., Volfvickz, R. y Braun, A. (2017). *Preferencia de pacientes niños y sus padres respecto a la vestimenta y sexo del odontopediatra*. Actas odontológicas, 14 (1), 33-42. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.pp?script=sci\\_arttext&pid=S2393-63042017000100033](http://www.scielo.edu.uy/scielo.pp?script=sci_arttext&pid=S2393-63042017000100033).
- Huitzil, E., García, S. y Sol, M. (2012). *Estado actual de la odontopediatría en la República Mexicana*. Revista de Odontopediatría Latinoamericana 2(2), 79-87. <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-9/#>.



## Referencias

- Instituto de la Salud del Estado de México (2019). *Segunda Semana Nacional de Salud Bucal 2019*. [Mensaje en un blog]. [https://salud.edomex.gob.mx//isem/salud\\_bucal\\_metas](https://salud.edomex.gob.mx//isem/salud_bucal_metas).
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (8 de agosto de 2019). *Prevención, clave en salud bucal*. [Mensaje en un blog]. <https://www.gob.mx/imss/articulos/prevencion-clave-en-salud-bucal?idiom=es>.
- Kortemeyer, B. (2012). *Técnicas de cepillado y ámbitos de aplicación*. Quintessence, 25(7), 436-440. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-tecnicas-cepillado-ambitos-aplicacion-S0214098512001523>.
- LeMoyne, R. (7 de marzo 2020). *La obesidad infantil en México: una emergencia que requiere medidas inmediatas*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2020/03/1470821>.
- Loayza, S. y Alzanza, S. (2017). *Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de una escuela pública de Quito Ecuador*. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 7 (2), 106-115 <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/2/art-4/>.
- López, L., Romero, S, Parra, D. y Rojas, L. (2016) *Adherencia al tratamiento: Concepto y medición*. Hacia promoción. 21(1), 117-137. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>.
- Marcano, A., Figueredo, A. y Orozco, G. (2012). *Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica*. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2(2), 65-71. <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-7/>.
- Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C., y Stanford, A. (2003). *Contenidos educativos en la Salud Bucal*. México; Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, p. 28.
- Mazariegos, M. (2011). *Salud Bucal del Preescolar y Escolar*. (1a ed.). Secretaría de Salud, p.38
- Miranda, P. (23 enero 2018). *Solo el 1% de los niños va al dentista: Hospital Infantil*. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/solo-1-de-los-ninos-va-al-dentista-hospital-infantil>.

## Referencias

- Montero, López y Castrejón. (2011). *Prevalencia de la caries temprana y nivel socioeconómico familiar*. Revista Odontológica Mexicana, 15(2), 96-102. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v15n2/v15n2a4.pdf>.
- Morata, J. y Morata, L. (2019). *Salud bucodental en niños: ¿debemos mejorar su educación?* Revista Pediátrica Atención Primaria, 21, 173-178. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400003).
- Moscardini, M., Díaz, S., De Rossi, M., Nelson, P. y De Rossi, A. (2017). *Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal*. Revista de Odontopediatría Latinoamericana, 7(2), 116-126. <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/2/art-5/>.
- Munayco, E., Mattos, M., Torres, G. y Blanco, D. (2018). *Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico*. ODOVTOS-Int. J. Dental Sc. 20(3), 81-91. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v20n3/2215-3411-odovtos-20-03-81.pdf>.
- Núñez, I., Parés, G. y López R. (2006). *Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos*. Revista Odontológica Mexicana, 10(1), 30- 35. <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2006/uo061e.pdf>.
- Podestá, M. (2013). *La odontología para el bebé*. Dental Tribune Hispanic y Latin America, 8(10), 2. <https://la.dental-tribune.com/>.
- Quiroz, J. y Melgar, R. (2012). *Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia*. Revista Estomatológica Herediana. 22(2), 129-136. <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539370009.pdf>.
- Ríos, M., Herrera, A., Rojas, G. (2014) *Ansiedad dental: evaluación y tratamiento*. Avances de odontoestomatología. 30 (1), 39-46. <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto.donto/v30n1/original4.pdf>.
- Rizo, L., Torres, A. y Martínez, C. (2016). *Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal* Rev. CES Odont, 29(2), 52-64. <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>.

## Referencias

- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruíz, K., Trávez, S., Toalombo, O., Sotelo, E. y Armas, A. (2019). *La obesidad en niños y adolescentes como factor desencadenante de caries dental, revisión bibliográfica*. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 9(1), 48-53. <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2019/1/art-6>.
- Salete, M. y Tello, G. (2013). *Aspectos psicológicos y clínicos de la atención de niños pequeños*. *Dental Tribune Hispanic & Latin*, 8(10), 8-12. [https://odontobeperu.org.pe/images/pdf/especial\\_de\\_odontologia\\_para\\_bebes.pdf](https://odontobeperu.org.pe/images/pdf/especial_de_odontologia_para_bebes.pdf).
- Salinas, Y., Millán, R., León, J. (2008) *Abscesos del periodonto. Conducta odontológica*. *Acta Odontológica Venezolana*. 6(3), <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/art-22/#>.
- Secretaria de Salud. (2012). *Salud bucal en la adolescencia*. México, 7-24. [https://salud.edomex.gob.mx/isem/documentos/temas\\_programas/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/isem/documentos/temas_programas/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf).
- Sentíes, R. (2013). *Ocho de cada diez mexicanos tienen problemas de salud bucal*. *Boletín UNAM-DGCS*. Ciudad Universitaria. [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013\\_083.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_083.html).
- Sin autor. (16 de abril, 2018). *¿Qué es la pulpotomía y pulpectomía?* *Acta Sanitaria*. <https://www.actasanitaria.com/que-es-la-pulpotomia-y-pulpectomia/>.
- Sin autor. (2019). *Prevalece la ansiedad en población: UNAM*. <https://www.eluniversalqueretaro.mx/metropoli/prevalece-la-ansiedad-en-poblacion-unam>.
- Sin autor. (2020, 28 de julio). *Asociación Ecuatoriana de Odontología Pediátrica*. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. <https://www.alopodontopediatria.org/noticias/asociacion-ecuatoriana-de-odontologia-pediatria/>.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías bucales*. México. [http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/32\\_ManualSuive.pdf](http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/32_ManualSuive.pdf).

## Referencias

- Soler, E. (2015). *Decálogo de las competencias profesionales del inspector de educación*. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 13(4), 149-160. <https://www.redalyc.org/pdf/551/55141403010.pdf>
- Vargas, R. y Muñoz, A. (2013). *La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual*. Psicología USP, 24(2), 225-240. <https://www.redalyc.org/pdf/3051/305128932003.pdf>.
- Vergara, C. (2013). *Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital De La Misericordia en el primer semestre del año 2013*. (Tesis de posgrado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21814>.
- Vázquez, C. (2021). *Conversación sobre la información que hay que decir a los padres*. Comunicación personal. Ecatepec, México, Consultorio Odontología Familiar.
- Villena, R. (2012). *Los fluoruros*. Dental Tribune Hispanic & Latin America, 8(10), 14-18.
- Visión CEVECE. (2019). *Salud bucodental*. <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2019/Semana%2045.pdf>.
- Walter, L. (2012). *Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica*. Dental Tribune Hispanic & Latin America, 8(10), 3-7.