



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA EN EDUCACIÓN  
PARA LA SALUD DURANTE LA CONSULTA  
ODONTOLÓGICA, EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

PRESENTA:

GABRIELA SÁNCHEZ PÉREZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESOR: C.D. CHRISTIAN MENESES REYES

Christian Meneses R.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



---

---

*A mi madre Claudia Pérez, por todo el amor, la comprensión y paciencia. Por el gran esfuerzo que hizo para que yo realizara este sueño. Gracias mamá, por apoyarme en todo momento y nunca dejarme sola, por transmitirme tu fortaleza, tenacidad y resiliencia día con día, por impulsarme y ser una guía en cada etapa de mi vida.*

*A mi hermano Brandon, por todas las risas vividas día con día y por sus muestras de cariño mostradas, a muy su estilo, Gracias hermano pequeño.*

*A la Dra. María Elena Nieto y al Dr. Christian Meneses Reyes por su apoyo en la realización de esta tesina, por la paciencia y dedicación para que yo concluyera este trabajo y por brindarme parte de sus conocimientos, les agradezco infinitamente.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme el gran honor y privilegio de pertenecer a ella y por brindarme todas las herramientas para formarme como un buen profesional, brindándome muchos buenos maestros y muchas buenas experiencias vividas día a día, Gracias.*



---

---

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>PROPÓSITO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA</b> .....	8
1.1 Definición de psicología.....	8
1.2 Definición de psicología infantil.....	8
1.3 Desarrollo infantil.....	9
1.3.1 Etapas en el desarrollo infantil.....	10
1.4 Desarrollo psicológico del niño de 3 a 6 años.....	10
1.5 Teorías psicoanalíticas (Freud y Erickson).....	10
1.6 Teoría del aprendizaje (Skinner y el condicionamiento, Bandura y el aprendizaje social).....	13
1.7 Teoría cognoscitiva (Piaget).....	18
<b>CAPÍTULO 2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b> .....	20
2.1 Definición de salud.....	20
2.2 Definición de educación.....	21
2.3 Definición de educación para la salud.....	22
2.4 Educación para la salud en niños y adolescentes.....	23
2.4.1 Objetivos generales de la educación para la salud en la etapa preescolar: .....	23
2.5 Educación para la salud en odontología en niños.....	23
2.6 Funciones y lugares de acción de la educación para la salud.....	24
2.7 Comunicación en la salud.....	25
2.7.1 Metodología de la comunicación en la salud.....	27
2.8 Conceptos psicológicos aplicados en educación para la salud.....	27
2.8.1 Conductas personales relacionadas con la salud.....	27
2.8.2 Aprendizaje (cambio de conducta).....	28
2.8.3 Motivación de la salud.....	28
2.9 Herramientas y actividades en educación para la salud.....	28
<b>CAPÍTULO 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS</b> .....	31
3.1 Crecimiento y desarrollo físico.....	31
3.1.1 Definición: crecimiento, desarrollo físico, maduración.....	31
3.2 Desarrollo físico.....	32
3.2.1 Cambios corporales.....	33
3.2.2 Proporciones corporales y crecimiento físico.....	34



---

---

3.3 Desarrollo del cerebro.....	34
3.4 Desarrollo cognoscitivo.....	35
3.5 Desarrollo afectivo. ....	36
3.6 Desarrollo del habla y lenguaje.....	36
3.7 Desarrollo dental.....	37
<b>CAPÍTULO 4. ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS PARA LOGRAR CAMBIOS DE CONDUCTA EN NIÑOS, DURANTE LA CONSULTA DENTAL.....</b>	<b>41</b>
4.1 Respuestas emocionales más comunes en el paciente infantil durante el tratamiento dental (miedo, ansiedad, retracción, resistencia, regresión, timidez). ....	41
4.2 Factores que establecen la conducta del niño en la consulta dental. ....	42
4.3 Evolución de la conducta del niño durante la consulta acorde a su edad. ....	44
4.4 Clasificación de la conducta en niños. ....	45
4.5 Perfil de niños no colaboradores durante el tratamiento dental. ....	47
4.6 Control de la conducta. ....	49
4.7 Técnicas de comunicación.....	50
4.7.1 Control de voz. ....	51
4.7.2 Técnicas no verbales. ....	51
4.7.3 Técnica de la triple E (Explique-Enseñe-Ejecute, Decir-Mostrar-Hacer o Tell-Show-Do). ....	52
4.8 Estrategias de modificación de la conducta.....	53
4.8.1 Desensibilización.....	53
4.8.2 Reforzamiento Positivo. ....	54
4.8.3 El juego o ludoterapia.....	54
4.8.4 Modelamiento.....	56
4.8.5 Conferir control al paciente.....	57
4.8.6 Ensayos de una conducta deseada en casa. ....	58
4.8.7 Distracción.....	59
4.8.8 Reestructuración cognitiva. ....	60
4.8.9 Receso. ....	62
4.8.10 Método de Lamaze.....	63
4.8.11 Musicoterapia. ....	66
4.8.12 Flores de Bach. ....	67
4.8.13 Economía de fichas.....	69
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>72</b>



---

---

## INTRODUCCIÓN

La psicología pertenece a una rama de la medicina que se encarga del estudio de la mente; asimismo, examina como las personas se desarrollan con el ambiente que los rodea, analizando las reacciones personales y sociales, por otro lado, es una herramienta importante para la educación; puesto que contribuye para que los seres humanos preserven su estado de salud, pero si se encuentra dispuesta alguna enfermedad pueda recibir un tratamiento.

La psicología es una herramienta en odontología de gran utilidad, dado que le ofrece un punto de apoyo para el cirujano dentista en los ámbitos de la prevención, educación bucal, mantenimiento bucal y tratamientos dentales, entre otros, mejorando la calidad de vida de los pacientes, debido a que se incide de manera directa en la conducta, desarrollando buenos hábitos y anulando alteraciones que pudieran ocasionar una mala salud bucodental.

Pero no sólo la psicología es un instrumento de los adultos, en los niños resulta de gran utilidad, ya que el paciente infantil al encontrarse en un proceso de crecimiento, su mente también se desarrolla y presenta cambios, desde la ejecución de nuevas conductas comprendidas de su conciencia hasta su fase de transición a la adolescencia. Es por ello que el cirujano dentista debe de estar dispuesto a comprender y conocer todo lo que implica el desarrollo psicológico, y con esto le dará las bases para poder entablar una buena relación con los pacientes, además podrá tener un mejor control ante situaciones no convenientes, como lo es la atención infantil, en el manejo de la conducta. Debido a que en los niños pudieran presentarse emociones que alteren la visita al odontólogo, manifestando conductas no apropiadas y con esto, negándose a la realización del tratamiento dental.

La educación para la salud, es una herramienta de gran importancia para la odontología, ya que no todo debe ser un tratamiento, puesto que también se debe educar a los pacientes; la educación para la salud busca ayudar, con el apoyo de estrategias un cambio de conducta y así promover una buena salud, creando buenos hábitos, que influyen en sus creencias y actitudes con respecto a su salud y en particular de cada persona.



---

---

En los niños, la educación para la salud, no solo tiene el objetivo de promover la salud, sino que debe impulsar las prácticas de una buena higiene, estilos de vida y nutrición.

El manejo de la conducta, es una estrategia que empleada de manera adecuada en la consulta odontológica, podría instaurar las bases para el éxito en la consulta infantil y en el tratamiento dental; es por ello que debe tenerse en cuenta que todo paciente es único y el cirujano dentista debe de estar preparado para manejar el comportamiento de los niños, que pudiera presentarse en el consultorio dental.



---

---

## PROPÓSITO

Describir la importancia de la psicología en educación para la salud durante la consulta odontológica, en niños de 3 a 6 años.





---

---

## CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA.

Para dar una definición de psicología en la actualidad, resulta más complicado que hace un siglo, cuando esta nueva disciplina daba sus primeros pasos como una ciencia. La psicología contemporánea tiene una gran amplitud de campo y diversidad en enfoques y métodos. La definición de psicología se encuentra dividida en dos campos, el primero hace “frente a las exigencias, restricciones y limitaciones que impone la ciencia (epistemológicas y de método); y por otra, a un objeto de estudio con tan singulares características como es la mente/actividad humana”, como los señala José M. Arana (2006).<sup>1</sup>

### 1.1 Definición de psicología.

Teniendo en cuenta a Fernández Trespalacios (1987), plantea a la psicología como “el conjunto de conocimientos básicos sobre la psique humana que, aplicados mediante unas técnicas apropiadas, permiten resolver muchos de los problemas que los seres humanos encontramos en la realización de nuestra conducta”.<sup>2</sup>

Mayor (1985), influido por el conductismo y por la psicología cognitiva, manifiesta a la psicología como “ciencia de la actividad humana, considerando también como actividad el procesamiento de la información”.

Por otro lado, Royce (1976), postula a la psicología como “una ciencia que presenta gran cantidad de métodos, sistemas, paradigmas, teorías, disciplinas”.<sup>3</sup>

### 1.2 Definición de psicología infantil.

Piaget expresa que la psicología del niño “estudia el crecimiento mental o, lo que viene a ser lo mismo, el desarrollo de las conductas (es decir, de los comportamientos, comprendida la conciencia) hasta la fase de transición, constituida por la adolescencia, que marca la inserción del individuo en la sociedad adulta”.<sup>4</sup>

### 1.3 Desarrollo infantil.

El desarrollo infantil va orientado en un estudio científico de los procesos de cambio y estabilidad. Los científicos buscan la manera en que cambian los niños desde la concepción hasta la adolescencia, estudiando dos tipos de cambio: cuantitativo y cualitativo. El cambio cuantitativo se enfoca en cantidades y números (estatura, peso, amplitud de vocabulario o frecuencia de comunicación), mientras que el cambio cualitativo es el relacionado con el tipo (estructura u organización), siendo discontinuo e identificando por fenómenos que no se pueden anticipar con cierta facilidad.<sup>5</sup>

El desarrollo es definido como los “Cambios que con el tiempo se producen en la estructura, el pensamiento y la conducta de una persona como resultado de influencias biológicas y ambientales”.<sup>6</sup>

Diane E. Papalia sostiene en su libro al desarrollo infantil como un “procesos de cambio y estabilidad en los niños desde la concepción hasta la adolescencia”.<sup>5</sup>

El estudio del desarrollo se divide en tres: desarrollo físico, desarrollo cognitivo y desarrollo psicosocial.<sup>5</sup> Cuadro 1.

Desarrollo Físico	Desarrollo Cognitivo	Desarrollo Psicosocial
Se desarrollan las capacidades y las habilidades motora y de la salud, como tal es el crecimiento del cuerpo y el cerebro.	Tipo de cambio que se da en las capacidades mentales, como el aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.	Alteraciones que se dan en emociones, personalidad y relaciones sociales.

Cuadro 1 “Dominios del desarrollo”.<sup>5</sup>



### 1.3.1 Etapas en el desarrollo infantil.

El estudio del desarrollo se divide en cinco etapas que van desde la lactancia hasta la adolescencia:

- Lactancia (desde la concepción hasta el nacimiento)
- Primera infancia (del nacimiento a los tres años)
- Segunda infancia (de los tres a los seis años)
- Tercera infancia (de los seis a los once años)
- Adolescencia (de los doce a los veinte años).<sup>5,7,8</sup>

### 1.4 Desarrollo psicológico del niño de 3 a 6 años.

Ana M. Baltazar (2019) argumenta al desarrollo psicológico como: el conjunto de destrezas, conocimientos y habilidades semiósicas, culturales, socioafectivas y prácticas, que un sujeto puede alcanzar con ayuda de otros en cierto estado de maduración neurobiológica. Se distingue de la maduración en que ésta sólo depende del crecimiento biológico del sujeto, mientras que el desarrollo psicológico depende del apoyo sociocultural, socioafectivo y semiósico en cierto momento histórico concreto”.<sup>9</sup>

### 1.5 Teorías psicoanalíticas (Freud y Erickson).

Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, desde un enfoque terapéutico, promueve el discernimiento de los conflictos emocionales inconscientes de los pacientes; desarrolla así el psicoanálisis. Freud creía que el hombre estaba dominado por impulsos inconscientes, siendo su postura que en mentes anormales se mostraba a la conciencia como un títere a merced de los impulsos primarios.<sup>6</sup> Mediante preguntas concretas, a sus pacientes los hacía evocar recuerdos enterrados desde hace un largo tiempo, concluyendo que las experiencias traumáticas eran contenidas desde la infancia temprana. Proponiendo tres instancias hipotéticas de personalidad: “el ello”, “el yo” y el “súper yo”, las cuales se desarrollan al inicio de la vida. Gobernados por “el ello”, los recién nacidos, buscan su gratificación inmediata bajo el principio del



placer, mediante sus pulsiones instintivas inconscientes. Se ven separados del mundo cuando se les demora durante su gratificación, ya que tienen que esperar a que se les alimente a los lactantes. Entre los cinco o seis años de edad, se desarrolla “el súper yo”, incorporando los “deberías” y los “no deberías”. Siendo demandante en extremo, ya que si las demandas no se satisfacen, podría ser posible que el niño se perciba culpable o ansioso. Durante el primer año de vida, se desarrolla “el yo”, ejecutándose desde el principio de la realidad”.<sup>10</sup>

Freud, plantea que desde el nacimiento y a lo largo de las siguientes etapas de la infancia aparece la sexualidad, explicando que en diferentes zonas corporales, están llenas de energía y producen gratificaciones al individuo.<sup>5</sup>

Estos procesos son paulatinos y graduales; la sexualidad infantil no tiene las mismas características que se le dan a la de los adultos. En el psicoanálisis se habla de sexualidad oral, anal, fálica y genital.<sup>5</sup> Cuadro 2.

Oral	Anal	Fálica	Latencia	Genital
Desde el nacimiento al año o año y medio. Con la estimulación de la boca y labios el niño obtiene placer y gratificación.	1 a 3 años. Con las funciones de la eliminación, el niño obtiene placer y gratificación.	3 a 5 años. A los genitales se desplaza la zona erógena, contrayendo un carácter sexual.	5 o 6 a los 12 años. Se mantienen latentes los impulsos sexuales.	12 años en adelante. Su predominio está en los impulsos sexuales de la adolescencia y pubertad.

Cuadro 2. Etapas psicosexuales de Freud.<sup>11</sup>

Cuando se habla de la sexualidad infantil, se intenta distinguir la existencia de excitaciones o necesidades genitales precoces, incluyendo la intervención de otras zonas corporales (zonas erógenas) que buscan el placer, como ejemplo se tiene la succión del pulgar, siendo totalmente independiente su función biológica, como lo es la nutrición.<sup>6</sup>



---

---

Erik Erikson, nace en 1902 en Alemania; profundiza y reforma la teoría de Freud, enfatizando en como la sociedad tienen influencia sobre la personalidad en desarrollo y ésta se extiende por todo el ciclo de la vida, Freud afirmaba que las experiencias infantiles primerizas moldeaban la personalidad de forma permanente.<sup>11</sup>

Erikson planteó “que la identidad (el Yo) de los seres humanos se desarrolla con base a su interacción con su ambiente”, y este ambiente se relaciona interrumpidamente con todo su entorno, lo cual hace que cada proceso se relacione. Su hipótesis se basa en que el ser humano, siendo un ser activo, se encuentra en la búsqueda de una adaptación con el ambiente que lo rodea, siendo este concepto la base de su teoría psicosocial.<sup>5</sup>

En las cuatro primeras teorías hablan acerca de cómo el niño se enfrenta a su ambiente por medio de su particularidad psicosocial, siendo la base para su desarrollo progresivo subsecuente que se manifiesta en cada individuo con el sentimiento de estar bien, de ser él mismo y de llegar a ser lo que las demás personas esperan de él, desafiando los conflictos psicosociales.<sup>5</sup>

Erikson sostiene que “la identidad de una persona, la intimidad, la generatividad y la integridad”, son las bases sólidas para enfrentar las crisis dadas entre la juventud y la vejez, las últimas cuatro etapas.<sup>5</sup>

En cada etapa Erikson dice que el hombre se enfrenta a crisis y conflictos, colocando a prueba su grado de madurez al superar y enfrentar los problemas que se presentan dentro de cada una de las etapas de su vida.<sup>5</sup>

1ra. Etapa: inicia en el nacimiento. El niño debe superar su primera crisis, poniendo a prueba sus mecanismos biológicos.

2da. Etapa: Niñez temprana. Autonomía vs vergüenza o duda. Una vez lograda la maduración muscular del niño en sus primeros meses de vida, desarrollará habilidades para conservar o soltar objetos según sea su voluntad.<sup>5</sup>

3ra. Etapa: Iniciativa vs culpa. Existe un incremento del niño por relacionarse con más personas, se relaciona con más niños. El juego es la actividad básica



---

---

en esta etapa. El niño se encuentra en el “que hacer o no hacer, el me atrevo o no me atrevo, él voy o no voy”.

4ta. Etapa: edad escolar. Diligencia vs inferioridad. Corresponde a la etapa de “latencia” descrita por Freud. El niño se hace más responsable, ya que desarrolla destrezas y su pensamiento “prelógico” cambia a un pensamiento lógico.<sup>5</sup>

5ta. Etapa: se da entre los once y dieciocho años. Identidad vs confusión de la identidad. Metamorfosis entre la niñez y la adultez, adolescencia. Se asumen nuevos roles y el adolescente presenta crisis de identidad consigo mismo. El apego hacia sus padres empieza a desaparecer.

6ta. Etapa: Etapa de la juventud. Intimidad vs aislamiento. Frager dice que “es el tiempo de lograr un sentimiento de independencia de los padres y de la escuela, de hacer amistades e intimar en relaciones, y de lograr un sentido de responsabilidad como adulto”.<sup>5</sup>

7ta. Etapa: productividad vs estancamiento. Etapa de la madurez. Aquí el hombre incrementa su sentimiento de compromiso y de responsabilidad hacia otros individuos. Comienza a preocuparse por su legado hacia la siguiente generación.

8va. Etapa: etapa de la vejez. Integridad Vs Desesperación. Etapa de las últimas preocupaciones. Erikson señala que “el sentido de integridad del Yo, incluye nuestra aceptación de un ciclo vital único, con su propia historia de triunfos y fracasos, provee un sentido de orden y significado en nuestra vida y en el mundo”.<sup>5</sup>

## 1.6 Teoría del aprendizaje (Skinner y el condicionamiento, Bandura y el aprendizaje social).

Albert Bandura, formula la Teoría cognitivo social del aprendizaje. Desde sus inicios, le daba gran importancia a como se aprende por medio de la observación. Afirma que aprendemos por medio de modelos sociales. Mediante sus estudios sobre agresividad, concluyó “que los modelos



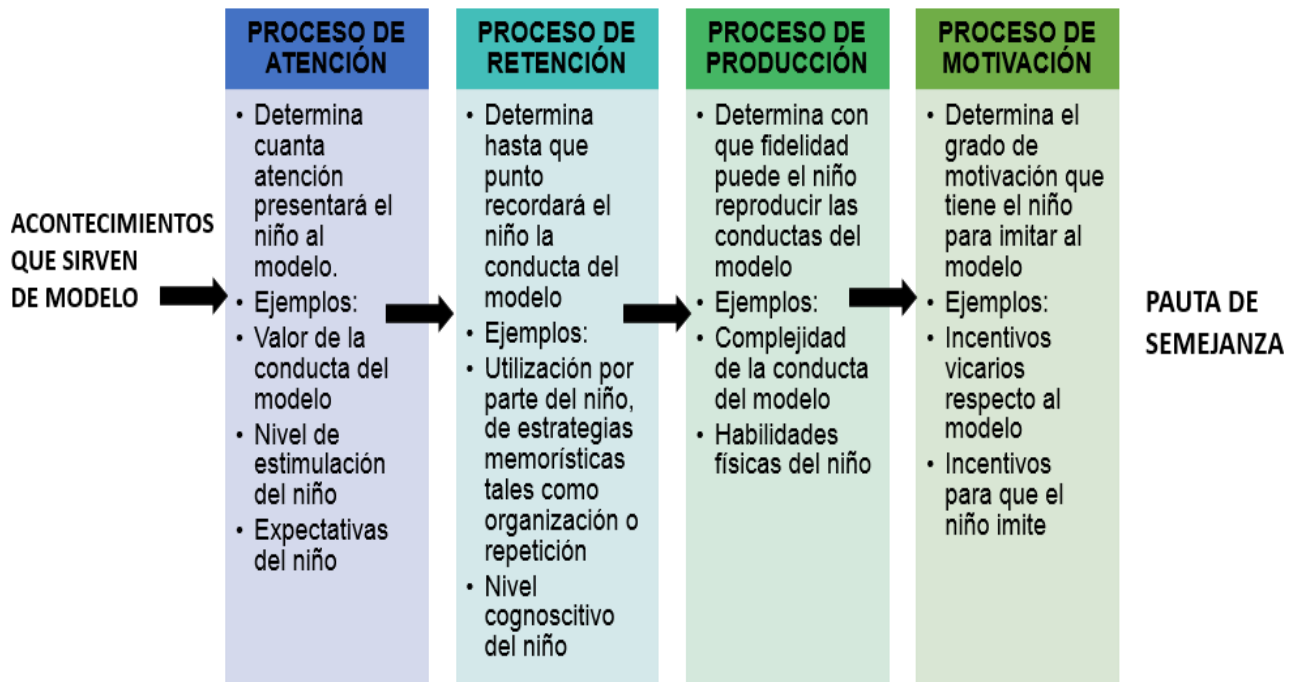
---

---

parentales agresivos influyen en el comportamiento agresivo de los hijos”, siendo estos estudios el origen de su teoría del aprendizaje, a la cual llamaría más tarde como la teoría cognitivo social del aprendizaje. La hipótesis primordial de esta teoría se basa en que el aprendizaje es un proceso cognitivo, señalando que en el proceso de aprendizaje se da por medio de dos factores: el factor cognitivo y el factor social.<sup>12,13</sup>

Bandura, con la ayuda de sus asistentes llevan a cabo múltiples experimentos. Uno de ellos es el muñeco de Bobo, el cual está planteado para conocer cómo se dirigen los procesos de aprendizaje vicario. El experimento consistía en presentarles una película a un sector de niños y niñas, en la cual se aprecia a un adulto atacando de manera verbal y física a un muñeco. Para continuar con el experimento se lleva de manera individual a otra habitación a niños y niñas que vieron y no vieron la proyección, donde se encontraba el mismo muñeco de la proyección. Bandura y sus colaboradores observaron que los niños que vieron la proyección, se comportan de manera violenta con el muñeco, al igual que en la película que se les presentó. Con este descubrimiento Bandura, indica que los niños “adquieren y modifican comportamientos y actitudes mediante la observación de los adultos”. Descubriendo que la conducta humana no está promovida de acuerdo a los refuerzos o castigos, como lo dice la posición conductista.<sup>12,13</sup>

Más tarde, Bandura, fue reestructurando su estudio sobre el aprendizaje por observación o modelado, permitiéndole asentar que existen una serie de pasos para este proceso de modelado, el cual está dividido en cuatro fases: atención, retención, reproducción motriz y motivación.<sup>13</sup> Cuadro 3.



Cuadro 3: Modelo de Bandura para el aprendizaje por observación. Adaptado de la obra Albert Bandura (1977).<sup>14</sup>

En los dos primeros procesos establecen la adquisición de la conducta, y los dos posteriores se relacionan con la ejecución:

- Proceso de atención: para que se lleve a cabo el aprendizaje por observación la persona deberá ser expuesta a la conducta del modelo, pero con eso no es suficiente, si no que se necesita que el observador comprenda y distinga las cuestiones más sobresalientes de la conducta modelada que se requiere que aprenda.
- Proceso de retención: que el observador en cuestión sea capaz de reproducir la conducta modelada, no es suficiente, sino que debe ser capaz de haber retenido la información.
- Proceso de reproducción: la persona a través de la observación debe ser capaz de ejecutar lo aprendido y mejorarlo, en acciones propias.<sup>15</sup>
- Proceso de motivación: este último tiene como objetivo ayudar a los anteriores procesos, apoyando bastante a la repetición de la conducta observada.<sup>13,16</sup>

Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), son vastas sus aportaciones al condicionamiento humano, así como también en la educación para la





---

---

enseñanza escolar y en el medio empresarial. Es el creador del término condicionamiento operante. Skinner tenía la idea de que el individuo “opera” sobre su entorno, y este se repite o no, conforme al resultado. Las consecuencias acogen distintas formas, ya sea recibiendo recompensas o eludiendo resultados despreciables. La formulación de Skinner se basa en que todo lo realizado (y lo que no se hace) se debe a las consecuencias. La modificación de la conducta se basa en el concepto de que podemos manipular las consecuencias con el fin de cambiar la conducta, siendo de gran ayuda para poder transformar el comportamiento despreciable de niños y adolescentes, así como en cárceles e instituciones psiquiátricas.<sup>6,17</sup>

Varios componentes de la teoría de Skinner están basados en la obra de Edward L. Thorndike (1874-1949), era educador y se le atribuye principalmente la ley del efecto (1911). Esta ley se divide en dos fases: (1) dispone que la “conducta tiende a repetirse cuando se acompaña de consecuencias satisfactorias, y la segunda (2) “tiende a no repetirse cuando es seguida de consecuencias insatisfactorias”. Thorndike dice que la palabra satisfactorio se refiere a “lo que el sujeto busca o hace libremente, y como insatisfactorio “lo que realmente evita o no hace”. Skinner emplea como base esta primera parte de esta ley, ya que habla acerca de cómo la conducta es ejecutada para alcanzar un efecto satisfactorio, se interpreta como el reforzamiento. En la segunda parte de esta ley se traduce como el castigo, puesto que la conducta del sujeto obtendrá resultados insatisfactorios.<sup>6</sup>

Skinner lleva a cabo varios experimentos, con la ayuda de ratas y pichones para observar su comportamiento, crea una jaula a la que denomina la caja de Skinner, la cual incluye una palanca o un disco. La palanca puede ser presionada por la rata y el disco puede ser picoteado por el pichón, para que ambos obtengan una pequeña cantidad de alimento. Esta jaula tenía incorporado luces en su interior y un aparato que medía el número de veces que los animales manipulaban la palanca o el disco, este experimento implica en enseñar a sus animales a llevar a cabo cierta conducta para alcanzar una recompensa. Para que sus animales logran hacer lo que Skinner deseaba; creó un método llamado moldeamiento, en el cual se procede a recompensar la



conducta y lentamente se acerque a la ejecución querida. El moldeamiento es un método en el cual se disponen las conductas desde un principio.<sup>6,18</sup>

Se le da nombre de reforzamiento, a la recompensa empleada en el condicionamiento operante. En cambio, no todos los reforzamientos traerán una recompensa directa. Un reforzador primario o estímulo reforzante natural son satisfactores naturales, y los reforzadores secundarios no son como tal satisfactores naturales, dado que los sujetos deberán aprender el valor de un reforzador secundario, siendo este el que obtiene fuerza a través de su asociación con un reforzador primario. Este proceso se subdivide en cuatro secuencias: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo positivo y castigo negativo.<sup>6,18</sup>

- Reforzamiento positivo o entrenamiento por recompensa, se da cuando al sujeto se le da una recompensa por cada conducta y se espera que esta se repita.
- Reforzamiento negativo, entrenamiento de escape o entrenamiento de evitación activa, aquí se refuerza una conducta consciente a evitar o eludir una situación nada agradable o antipática.
- Castigo positivo o evitación pasiva, el comportamiento produce que una situación de antipatía se inicie.
- Castigo negativo o entrenamiento por omisión, la conducta ocasiona que se desvanezca un tanto agradable.<sup>6,18</sup>

Economía por fichas, es un sistema del condicionamiento operante, Alvord (1974) lo plantea como “un sistema motivacional que se aplica con el fin de modificar conductas específicas en una persona y mejorar su adaptación al medio ambiente”, estas fichas son entregas a los sujetos que expresan la conducta esperada, más adelante estas fichas podrían ser intercambiadas por ciertos privilegios u obsequios. Esta modificación conductual es eficaz en niños, pero no por periodos de largo tiempo es eficaz este método, gracias a que en cuanto es retirado el sistema de reforzamiento, el comportamiento indeseable vuelve aparecer.<sup>18,19</sup>



---

---

## 1.7 Teoría cognoscitiva (Piaget).

Jean Piaget (1896-1980) psicólogo nacido en Suiza, planteaba que el desarrollo, pero en primer lugar la inteligencia crecía a partir de una transformación progresiva con ayuda del medio que lo rodea; siendo simplificada esta idea en una simple operación: acción es igual a conocimiento. Sus teorías surgieron bajo la convivencia de sus propios hijos y de otros niños. Piaget divide en cuatro fases al desarrollo. En el niño acontecen cuatro períodos desde su nacimiento a la adolescencia: sensoriomotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales; él explicaba que para dar por concluida cada etapa el niño ya habría alcanzado cierto nivel de maduración física y ha sido propenso a vivir experiencias sobresalientes, ya que sin estas experiencias el niño no pudiera conseguir su potencial cognoscitivo. Y este crecimiento cognitivo tiene lugar a partir de una serie de procesos que están conectados entre sí, los cuales son tres: organización, adaptación y equilibración.<sup>8,20</sup>

Piaget sugiere que la organización es una inclinación por construir estructuras cognoscitivas continuamente complejas, que van incorporando un conjunto de conocimientos o formas de idear que añaden imágenes vinculadas con la realidad. Siendo estas estructuras llamadas esquemas, las cuales son modelos bien acomodados de conducta de los sujetos que utilizan para pensar y actuar en cualquier situación. En los niños estos esquemas cada vez son más complejos, mientras van adquiriendo más información. La forma en que los niños dirigen la información conforme a lo que ellos ya conocen se le conoce como adaptación y está dividida en dos pasos: 1) asimilación, que adquiere la información nueva y la añade dentro de la configuración cognitiva preexistente, y 2) acomodación, aquí se alteran las estructuras cognitivas individuales para introducir la información nueva. La equilibración según Piaget declara que “es un esfuerzo constante para encontrar un balance estable o equilibrio, dictando el cambio de asimilación y acomodación”. Siendo roto el equilibrio cuando los niños tienen la incapacidad de conducir experiencias novedosas, llegando a un desequilibrio.<sup>5,8</sup>



---

---

#### Periodo sensomotriz:

- Del nacimiento a los 2 años o hasta que el niño haya aprendido a hablar.
- De forma progresiva, el lactante consigue la facultad de ordenar sus acciones conforme al ambiente de su alrededor con la ayuda de su eficiencia sensorial y motora.
- Este periodo está subdividido en 6 etapas: 1) Reflejos simples; 2) primeros hábitos y reacciones circundantes primarias; 3) reacciones circulares secundarias; 4) coordinación de las reacciones circulares secundarias; 5) reacciones circulares terciarias; 6) inicio del pensamiento.<sup>5,8</sup>

#### Periodo preoperacional:

- Esta etapa va de los 2 a 7 años.
- En esta etapa el niño tiene la facultad de mostrar objetos en su mente que no se encuentran presentes físicamente.
- De forma imaginativa se presenta el lenguaje y el juego, son de gran importancia en esta etapa.
- Su pensamiento no es nada lógico, aún.<sup>21</sup>

#### Periodo de operaciones concretas:

- Aproximadamente esta etapa se da de los 7 a los 11 años.
- El niño tiene la capacidad de resolver de manera lógica algunas cuestiones, si se focaliza en el presente, pueden resolver lo que antes no podían, sustituyendo su acto físico por el mental.<sup>21</sup>

#### Periodo de operaciones formales:

- Este período comprende de los 11 años a la adultez.
- Conclusión del desarrollo cognoscitivo.
- Su juicio se vuelve abstracto, combate estados hipotéticos e idea con relación a sus posibilidades.<sup>21</sup>



---

---

## CAPÍTULO 2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La educación es un instrumento útil que ayuda a alcanzar estrategias que expone la educación para la salud. Educar en el área de la salud involucra producir una transformación de conducta y ayuden a promover el control de factores de riesgo que presentan en la población con la utilización de distintas metodologías, teorías y modelos.<sup>20</sup>

### 2.1 Definición de salud.

Galeno 129 d.C. postula a la salud como: “el estado de perfecta armonía entre mente y cuerpo. Situación de perfecto equilibrio, de armonía perfecta. Pero hay distintos grados de salud: se opone el individuo absolutamente sano, respecto del absolutamente enfermo. A mitad de distancia entre ambos, aparece el bienestar, ni sano, ni enfermo. Entre aquellos extremos se ubican todos los diferentes matices de salud y enfermedad”.<sup>23</sup>

Perkins (1938) alude a la salud como "un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo".<sup>23</sup>

La organización mundial de la salud (OMS) (1948) postula a la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>24</sup>

René Dubos (1975) considera la salud como “un estado físico y mental razonable libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”.<sup>23</sup>

Briceño-León (2000) señala a la salud como: “una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”.<sup>25,26</sup>



---

---

La Real Academia Española indica al concepto de Salud como "estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones y conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado, según la primera y segunda acepción".<sup>27</sup>

## 2.2 Definición de educación.

Aristóteles (filósofo griego, 384-322 a.C.) manifiesta que la educación "consiste en dirigir los sentimientos de placer y dolor hacia el orden ético".<sup>28</sup>

Rufino Blanco (1861-1936) señala que la educación es una "evolución, racionalmente conducida, de las facultades específicas del hombre para su perfección y para la formación del carácter, preparándole para la vida individual y social, a fin de conseguir la mayor felicidad posible".<sup>28</sup>

Por otro lado Fernando de Azevedo (1894-1974) expresa que la educación, "es un proceso de transmisión de las tradiciones o de la cultura de un grupo, de una generación a otra".<sup>28</sup>

En 2007 Anibal León considera a la educación como: "un proceso humano y cultural complejo. Para establecer su propósito y su definición es necesario considerar la condición y naturaleza del hombre y de la cultura en su conjunto, en su totalidad, para lo cual cada particularidad tiene sentido por su vinculación e interdependencia con las demás y con el conjunto".<sup>29</sup>

Inocente Díaz M. (2012) define a la educación como "un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano". Igualmente señala a la educación para la salud en odontología como "una combinación de experiencias de enseñanza-aprendizaje que conducen a mejorar y mantener la salud bucal. Se sabe que las enfermedades de mayor prevalencia en odontología son la caries dental y la enfermedad periodontal, pero otros problemas que no se debe dejar de lado son el cáncer bucal y los traumatismos dento-faciales."<sup>22</sup>



---

---

### 2.3 Definición de educación para la salud.

La organización mundial de la salud (OMS) define a la de educación para la salud como: “el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, del grupo o de la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como por los procesos y esfuerzos para conducir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ellos”.<sup>30</sup>

En la página del gobierno de México del sector salud definen a la educación para la salud como un “proceso de educación y de participación del individuo, paciente y/o familiar, con el fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva”.<sup>31</sup>

Arce M, Zamora A (2001) menciona a la “educación para la salud en odontología como una combinación de experiencias planeadas de enseñanza y aprendizaje diseñadas para propiciar acciones voluntarias que conducen a la salud bucal”.<sup>22</sup>

Ochoa Soto R. (2005) indica que la educación para la salud “es una tarea de una dimensión que trasciende el hecho de transmitir información, y se relaciona con la acción comunitaria para lograr su participación activa. Esta manera de ver dicha educación, establece hacia donde deben dirigirse las acciones. La participación implica responsabilidad, integración, sentido de pertenencia y capacidad de organización, con el fin de que se compartan experiencias y de que mejoren los conocimientos, mediante el esfuerzo individual y de grupo, para elevar el nivel de salud”.<sup>32</sup>

La UNICEF indica que “la educación para la salud combina diferentes experiencias de aprendizaje que ayudan tanto a las personas como a las comunidades a mejorar su salud, dándoles conocimientos e influyendo en sus competencias y actitudes”.<sup>33</sup>



## 2.4 Educación para la salud en niños y adolescentes.

La educación para la salud en niños y adolescentes comprende aspectos de gran relevancia:

- Aspectos referentes con el crecimiento evolucionista del niño.
- Contextos sobresalientes para relacionarse y su progreso (familia, escuela, servicios sanitarios y sociales).<sup>34</sup>

### 2.4.1 Objetivos generales de la educación para la salud en la etapa preescolar:

- Motivar posturas que promuevan una buena favorable salud
- Progresar en las prácticas de su higiene: estilos de vida, nutrición, entre otros.
- Entender cuál es el funcionamiento de su cuerpo, mente y los riesgos que enfrentan por tener una salud inadecuada.<sup>35</sup>

## 2.5 Educación para la salud en odontología en niños.

La odontología al corresponder a las ciencias de la salud, conlleva también una índole eminentemente social, puesto que también busca el bienestar de la población, desde el momento de su nacimiento hasta la vejez. Sin embargo, los primeros años de vida son de suma importancia para las personas, cabe señalar que la salud bucal presenta gran impacto a través de toda la duración de vida del ser humano. De igual manera los problemas bucales intervienen en la masticación, calidad de vida, desarrollo del dialecto y desarrollo interpersonal social. Como plantea Agudelo y Martínez (2009) las consecuencias de una buena salud bucal están afectados por índoles sociales, económicas, políticas y ambientales. La educación es una gran herramienta cuando se pretende modificar los comportamientos inadecuados que presentan gran riesgo para la salud, con la ayuda de las diferentes áreas y la integración de una gran gama de las disciplinas y los diferentes sectores; la educación es de gran relevancia en la salud infantil, asimismo como en el desarrollo de la persona, y adquiere un efecto social de gran alcance.<sup>36</sup>

La educación es un punto clave para moderar circunstancias desfavorables, además la educación como es acumulable de lo largo de toda la vida, presenta





---

---

una consecuencia positiva, ya que adquiere aminorar ciertas desigualdades en la salud que se presentan en la vida adulta; la salud oral fortalece las conductas afirmativas y fomenta una alteración en la conducta frente a la salud, la enfermedad y la utilización de servicios de la salud; para comenzar con programas comunitarios de educación para la salud, es necesario dirigir investigaciones y estudios de las sociedades para percatarse de sus estilos de vida, ideas, deseos, necesidades básicas, miedos conforme al proceso de salud-enfermedad.<sup>36</sup>

## 2.6 Funciones y lugares de acción de la educación para la salud.

El objetivo principal de la educación para la salud es alcanzar que cada individuo sea apto de lograr una forma de vida más sana y que sea capaz de acrecentarlo para sí mismo cuidarse. Para que ésto se pueda llevar a cabo el sujeto debe estar capacitado con ciertos medios teóricos, siendo capaces de distinguir sus propias necesidades y entender su desarrollo salud-enfermedad, así como instruirlos para que ellos mismo den contestación a ellas, siendo formados con ayuda de la motivación para que por sí mismos lo hagan.<sup>37</sup>

La educación para la salud tiene este propósito, la cual deberá suministrar hábitos y costumbres de aprendizaje donde se incluyen tres componentes de este desarrollo enseñanza-aprendizaje: cognoscitivo, actitudinal o afectivo y psicomotor. Los lugares en donde se puede implementar la educación para la salud están inmersos en las instituciones donde colaboran los individuos durante toda su vida, de igual manera son fundamentales en aquellas de primer contacto: familia, escuela y medio. Cabe señalar que la familia, es el núcleo primario de socialización, en donde se presentan y son cubiertas las necesidades básicas de todos sus integrantes como los son la alimentación, higiene, seguridad, y afecto, al mismo tiempo desarrollándose valores y guías de comportamiento vinculados con la salud, que dan sustento a la noción de salud, enfermedad, y cuidado.<sup>37</sup>

La escuela, por otra parte, presenta sus propios argumentos referentes a salud-enfermedad y al medio ambiente, siendo vinculados con el aprendizaje hacia la vida. En el medio, con la ayuda de los medios de comunicación, permiten compartir de muchas maneras observar al mundo, la vida, la salud, la



---

---

enfermedad y la diversión. En la actualidad, existen diversos estudios que exponen el valor de la televisión, las redes sociales, los cómics, las pandillas y los grupos pares, en el que señalan estilos de vida: patrones estéticos y alimentarios, empleo del tiempo libre y entretenimiento, tipo de relaciones sociales y utilización de los medios de comunicación.<sup>37</sup>

Son cuatro los motivos básicos de la educación para la salud; son de gran utilidad para el personal de la salud: 1) los destinatarios de la educación para la salud son sujetos proactivos; 2) la educación para la salud, no solo se encarga de transmitir la información científica, por tal motivo debe de tener una verdadera participación en la instrucción de los sujetos, influyendo en conocimientos, valores y comportamientos; 3) la educación para la salud figura dentro del activo cultural; y 4) se debe corregir la suspicacia que se expone en partícula en el personal de la salud, al entender que los conocimientos, valores y estilos de vida de la población en general (que no cuentan con base científica) simbolizan un inconveniente en la participación educativa.<sup>22</sup>

Los niveles de acción de la educación para la salud son tres: 1) el nivel masivo, que corresponde a la alteración de conducta o actitudes que son arraigadas; 2) en el nivel grupal, su mediación guiada a un sector uniforme de sujetos que presentan algún especificado problema de su salud; 3) y por último el nivel individual, este nivel es guiada a una sola persona, en el cual se enfrentan problemas o aspectos de lo que su salud conlleva.<sup>38</sup>

## 2.7 Comunicación en la salud.

La comunicación es la base para que los seres humanos se relacionen, siendo éstos los que la aceptan del ambiente que los rodea y son capaces de difundirla.<sup>38</sup>

DeFleur (2005) señala que la comunicación humana “es un proceso por el cual una fuente o emisor (individuo) inicia un mensaje utilizando símbolos verbales y no verbales y señales contextuales para expresar significados y lo transmite, de tal manera que los entendimientos similares o paralelos sean construidos por el (los) potencial (es) receptor (es)”. Esta definición de comunicación se encuentra



---

---

dividida en tres vertientes de gran importancia; el primero que apunta hacia expresamente a la comunicación humana; el segundo, la señala como un desarrollo, y el tercero describe el concepto, siendo éste el que se sitúa hacia la enseñanza de los signos, semiótica.<sup>38,39,40</sup>

Pierce menciona que “cualquier objeto o acontecimiento usado como evocación de otro objeto o hecho”, manifestando que el significado se encuentra vinculado a los signos y todos estos signos tienen sentido para alguien, pudiendo ser lingüísticos o no lingüísticos, como lo son los que pueden identificarse en las pinturas, música, cine mudo, danza, moda, entre otros. Demostrando que la población se encuentra sumergida en un cosmos de signos y éstos tienen su importancia para alguien. Exponiendo que la comunicación contiene un sinnúmero de signos, los cirujanos dentistas deben de estar facultados para disponer que los signos son cambiantes y éstos no van a tener el mismo significado de una cultura a otra, y para que estos tengan éxito en la promoción de la salud deberán ser capaces de identificar ciertos elementos instalados en cada cultura desde el chamán, las costumbres y mitos, hasta compartir experiencias, siendo las de mayor eficiencia y así poder transmitir y generar un cambio en los pacientes.<sup>38,39,40</sup>

Peter Busse (2016) señala a la comunicación en salud como: “el arte y las técnicas para informar, influir y motivar al público sobre temas de salud relevantes desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional”.<sup>31</sup>

La Organización Panamericana de la Salud, con ayuda de sus programas de Orientaciones Estratégicas de 1995-1998 sugiere que la información implementada generará un cambio y así aumentará una transformación en la calidad de vida en la salud, siendo de gran importancia la comunicación para promover el acogimiento de las políticas públicas encaminadas al sector salud.<sup>38</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la comunicación en salud abarca investigación y el empleo de planificación de comunicación con el propósito de informar e intervenir en las resoluciones individuales y comunitarias para prosperar en el ámbito de la salud. La comunicación colabora en la salud integral para los seres humanos. La odontología ayuda a educar y dar prevención a las enfermedades bucodentales para formar un buen vínculo entre cirujano dentista y paciente. Con esto se contribuirá para que la respuesta del sujeto sea positiva con respecto a las



sugerencias tanto clínicas como terapéuticas. Cabe señalar que, en las campañas de salud bucodental, se debe examinar la realización acertada de los mensajes; por lo que es de gran relevancia entender y distinguir adecuadamente el desarrollo de la comunicación en conjunto con su trascendencia y con esto se obtendrá una comunicación en salud bucodental de manera exitosa que impacte de manera provechosa a la población.<sup>38</sup>

### 2.7.1 Metodología de la comunicación en la salud.

Para que exista una transformación positiva y que se logre una buena salud, se necesitan instaurar ciertos métodos de operación.<sup>38</sup> Cuadro 4.

Diagnóstico	Estrategia	Intervención	Evaluación
<p>Reconoce el problema de índole buco-dental y averigua el perfil del género o habitantes a los que se encamina la campaña (edad, escolaridad, religión, costumbres, mitos entre algunos otros. Al mismo tiempo se identifica a los líderes y los canales de comunicación que existen.</p>	<p>Cuando se haya alcanzado el diagnóstico de la población objeto, se inicia a elegir los canales y se delinean los mensajes que se adapten a esa población.</p>	<p>Reside en realizar programas de comunicación bajo la inspección de los promotores de la salud, los cuales son los encargados de corregir los mensajes o alterar los canales de comunicación si es preciso.</p>	<p>Una vez cumplidas las estrategias, se comienza a ponderar el efecto que estas estrategias tuvieron en la población objetivo ; para ello es factible hacer un seguimiento de quienes recibieron el mensaje, pero especialmente de los receptores destinatarios.</p>

Cuadro 4. Metodología de la comunicación en salud.<sup>38</sup>

## 2.8 Conceptos psicológicos aplicados en educación para la salud.

### 2.8.1 Conductas personales relacionadas con la salud.

La conducta en salud la acogen las personas para aumentar y conservar su salud de vida, aumentando su calidad de vida. Mientras que las conductas inadecuadas traen consigo enfermedades y además se transforman en hábitos impropios para la salud.<sup>41</sup>



---

---

### 2.8.2 Aprendizaje (cambio de conducta).

Empleando las palabras de Hergenhahn (1976) quien señala al aprendizaje como: “un cambio relativamente permanente en la conducta o en su potencialidad que se produce a partir de la experiencia y que no puede ser atribuido a un estado temporal somático inducido por la enfermedad, la fatiga o las drogas”.<sup>42</sup>

Hilgard (1980) y Pérez Gómez (1988) consideran al aprendizaje como “los procesos subjetivos de captación, incorporación, retención y utilización de la información que el individuo recibe en su intercambio continuo con el medio”.<sup>43</sup>

### 2.8.3 Motivación de la salud.

Mari Ballesteros (2017) plantea a la motivación como: “un proceso psicológico importantísimo, es un flujo permanente de la conducta, un proceso dinámico e interno que hace referencia al deseo de cubrir una necesidad”.<sup>44</sup>

La motivación se sugiere que es “el conjunto de reacciones y actitudes naturales propias de las personas, que se manifiestan cuando determinados estímulos del medio circundante se hacen presentes”.<sup>45</sup>

## 2.9 Herramientas y actividades en educación para la salud.

Una vez entendida que la educación para la salud es utilizada como conducto por el cual la población logra conseguir una elevada calidad de vida, queda entendida que es un acto imprescindible;<sup>32</sup> es por ello que tiene una gran consideración el fomentar los cambios de conducta. Con el fin de que la población en general acepte este convenio con el cuidado de su salud, es de gran relevancia disponer de los elementos cognoscitivos para la meditación, principios y convicciones, que ayuden a contribuir con el sostén del aprendizaje en salud. Frías (2000) expone que todo repertorio en educación para la salud contesta a las necesidades detalladas, como la particularidad y el peligro que se presentan en el periodo evolutivo o en alguna situación procedente de una enfermedad e incapacidad. Así mismo como en la educación, que procede de



---

---

los recientes problemas de salud que van surgiendo en cada ambiente socio histórico. Cabe señalar que la educación, es un método de aprendizaje que ayuda a generar este cambio de conducta. No solo es una interpretación de información, si no es una múltiple transformación que conlleva una síntesis de la información nueva para iniciar un cambio de conducta perdurable.<sup>32,38</sup>

Algunas herramientas que ayudan a la educación para la salud son:

- Creación de ambientes favorables: establecer un ambiente en donde las personas sean capaces de aprender, creando espacios que se encuentren organizados y tengan auxiliares audiovisuales con temas que se quieren abordar. Por lo tanto, a la persona le será más fácil aprender y poder recordarlo. (Eje... la utilización de algún poster o imágenes impresas que son fáciles de transportar).<sup>46</sup>
- Demostración y actividades grupales: esta técnica se apoya en la pronunciación de “realizar y decir”; el educador debe dar ciertos ejemplos mientras da el tema a tratar, para así plantear la información. Se aspira que en las personas exista un intercambio de ideas y medite sobre las mismas para que encuentre una solución de las mismas. (Esta herramienta podría ser de utilidad en escuelas o comunidades donde tienes que dar charlas a un grupo de personas más grandes, incluidos niños como por ejemplo la aplicación del fluoruro).<sup>46</sup>
- Interrogatorio: aquí se utilizan las preguntas y respuestas donde se recabará la información y perspectivas diferentes. Se ambiciona estimular el interés de las personas. (Eje. el cirujano dentista podría hacerle preguntas al niño acerca de cómo se cepilla los dientes, la lengua y que instrumentos utiliza, tratando de tener una charla amena con el paciente para crear un vínculo.)
- Dramatizaciones: existen personas a las cuales, aprenden más fácilmente con el auxilio de visualizaciones, por lo que esta herramienta es perfecta, con la ayuda de las artes y le ayudarán a comprender mejor el tema de interés.<sup>46</sup>
- Juegos o actividades recreativas: el aprendizaje kinestésico es un procedimiento de enseñanza basado en las prácticas del propio cuerpo,



---

---

con la ayuda de sus sensaciones y movimientos, es de gran ayuda cuando se exponen temas muy saturados de teorías. (Eje... El cirujano dentista podría adaptar un juego y presentarlo a sus pacientes infantiles como la lotería o serpientes y escaleras).<sup>46</sup>

- Ayudas didácticas y uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's): con la globalización, se ha facilitado el uso de las nuevas tecnologías y éstas puedan ser mejor compartidas con las demás personas, como la utilización del internet, que es de gran relevancia en la educación porque brinda un mejor acceso a la información, realizando un mejor proceso de enseñanza. (Eje... El cirujano dentista podría utilizar algún juego interactivo con ayuda de una tableta digital, para enseñarle al niño que debe cepillar sus dientes.)<sup>46</sup>



---

---

## **CAPÍTULO 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS.**

El desarrollo humano implica una serie de procesos que se dan de una manera progresiva, por un periodo largo de tiempo. Se pueden presentar diferentes variables que pudieran alterar el desarrollo humano. El estudio del desarrollo humano se expresa como una ciencia, ya que está sustentada por bases científicas.<sup>47</sup>

Dentro de los primeros años de vida, se da una configuración arquitectónica al cerebro, con la ayuda de la interrelación de la herencia y la genética, es por ello que el desarrollo infantil es una parte primordial para su estudio.<sup>48</sup>

### **3.1 Crecimiento y desarrollo físico.**

#### **3.1.1 Definición: crecimiento, desarrollo físico, maduración.**

El crecimiento desde la posición de López-Blanco M (2020) lo plantea como “el incremento de la masa que se produce por el aumento del número de células, mientras que, por desarrollo se entiende, al proceso por el cual los seres vivos logran capacidad funcional a través de la maduración, de la diferenciación y de la integración de funciones. El crecimiento se expresa en el crecimiento lineal y en el aumento de la masa corporal a través del tiempo”.<sup>49</sup>

William R. Profit (2019) se refiere al crecimiento “como aumento de tamaño, mientras que al desarrollo lo utiliza como un aumento de la complejidad. El crecimiento es fundamentalmente anatómico un fenómeno anatómico, en tanto que el desarrollo es un fenómeno fisiológico y conductual”.<sup>50</sup> Imagen 1.



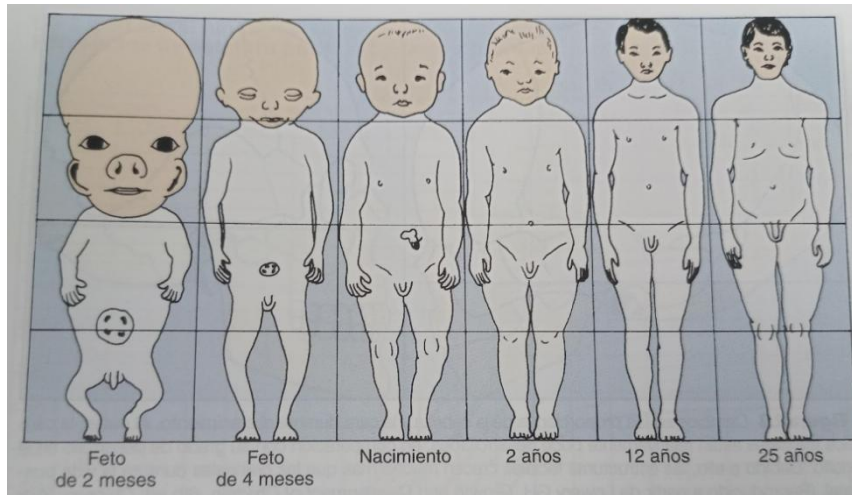


Imagen 1. “Representación esquemática de los cambios de las proporciones corporales generales que se producen durante el crecimiento y desarrollo normal”.<sup>50</sup>

Gómez Campos, R. (2012) argumenta que “la maduración biológica es un proceso gradual en el tiempo, en el que se presentan sucesivas modificaciones cualitativas en la organización anatómica y fisiológica, a través del cual, se desencadena una gran movilización hormonal durante la pubertad hasta alcanzar el estado de madurez del adulto”.<sup>51</sup>

### 3.2 Desarrollo físico.

Durante la niñez temprana los niños adelgazan y crecen mucho. Requieren dormir menos, por lo cual son susceptibles a presentar problemas de sueño. Perfeccionan sus habilidades para correr, saltar, correr a un pie, brincar, lanzar la pelota, atarse las agujetas, dibujar con tizas o crayolas y por si solos servirse cereal, así como también comienzan a indicar una prioridad al utilizar su mano, ya sea la derecha o izquierda.<sup>5</sup> Imagen 2.



Imagen 2. “Destrezas motrices”.<sup>52</sup>

### 3.2.1 Cambios corporales.

En esta etapa los niños crecen con gran rapidez, en menor grado respecto a otras etapas. Principian a desvanecer su redondez infantil y alcanzan una apariencia más delgada y atlética. Tan pronto como van creciendo, se van desarrollando los músculos de la parte abdominal, como el tronco, los brazos y las piernas se van alargando. El niño se va haciendo más fuerte, puesto que el crecimiento muscular y esquelético progresa. Así mismo el cartílago se transforma en hueso más rápido que antes y los huesos se fortalecen, dando una protección a los órganos internos. Todos estos procesos son organizados por el cerebro y el sistema nervioso que aún se encuentran en proceso de maduración. El sistema respiratorio y el circulatorio del niño, presentan una mayor capacidad, aumentando su resistencia física y con la ayuda de su sistema inmunológico en pleno desarrollo conservan al niño sano.<sup>5,53</sup>

En esta etapa el niño preescolar presenta genu valgo (rodilla en equis) y un pie ligeramente plano. Sus órganos sexuales presentan un crecimiento en proporción al crecimiento somático; mientras que su agudeza visual consigue cifras de 20/30 a los 3 años y de 20/20 a los 4 años. Presentan una caminata con marcha segura y son capaces de correr estables. Pueden tardar en desarrollar la presión madura ejercida en el lápiz, si se les restringe dibujar. El control de los esfínteres aparece durante esta etapa alcanzando alteraciones de manera individual y cultural. Las niñas son capaces de utilizar el baño más pronto que los niños. Siendo habitual que estos mojen la cama hasta los 5 años (lucha de poder controlada). Los niños son capaces de controlar sus esfínteres una vez que son capaces de expresar sus necesidades corporales.<sup>5,53</sup>

Imagen 3.



Imagen 3. “Desarrollo físico y biológico”.<sup>52</sup>

### 3.2.2 Proporciones corporales y crecimiento físico.

Mientras que su cabeza aún es razonablemente grande. Cada vez más sus proporciones corporales se parecen a las adultas. Es previsto que exista una ganancia de 2 kg. de peso aproximadamente y exista un aumento de tallas entre 7-8 cm al año. Su peso al nacer se ha cuadruplicado al término de los 2 años y medio.<sup>5,53</sup> Cuadro 5.

Edad	Estatura en centímetro		Peso en Kilogramos	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
3	98.3	98	12.6	12.7
4	106.9	105.1	14.9	14.4
5	114.5	111.8	17.3	16.6
6	120.9	118.4	19.5	18.21

Cuadro 5. "Crecimiento físico en niños de 3 a 6 años".<sup>5</sup>

### 3.3 Desarrollo del cerebro.

Sufre un cambio considerable con respecto a la anatomía y fisiología del cerebro, con un considerable aumento del área cortical, presenta una disminución del grosor cortical y existen variaciones su volumen. Siendo estos cambios no uniformes en todo el cerebro y dependiendo en que región presentan variaciones. La materia gris y blanca, sus propiedades han cambiado. Para que se lleven a cabo las tareas cognitivas en esta etapa, se necesitan más regiones cerebrales que en los adultos.<sup>5</sup> Imagen 4.



Imagen 4. "Desarrollo cerebral del niño".<sup>54</sup>



### 3.4 Desarrollo cognoscitivo.

Con respecto a los defectos en el desarrollo cognoscitivo y emocional, existen diferencias individuales que dependen de su entorno social. Generalmente el comportamiento que se espera en los niños de 3 a 6 años es:

- Figura en la mente sobre el ambiente.
- Encamina su interés a sus genitales.
- Comienzan los desarrollos de identidad en el aprendizaje
- El niño siente la curiosidad de dónde vienen los bebés y la diferencia de sexos.<sup>5,55</sup>

Jean Piaget, define a la niñez como: “etapa preoperacional del desarrollo cognoscitivo”, dado que los niños aún no son capaces de efectuar operaciones concretas dentro de la niñez media. Así mismo, esta etapa puede presentarse de los dos a los 7 años. Se encuentra distinguida por la propagación de un pensamiento simbólico o con cierta capacidad representacional, surgida en la etapa sensoriomotora.<sup>5,55</sup> Cuadro 6 y Cuadro 7.

Progreso	Importancia	Ejemplo
Utilización de símbolos	El sujeto no está en contacto sensoriomotor con el objeto, persona o evento y puede pensar en él . Es posible que el niño imagine que objetos o personas tienen características diferentes a las que tiene en realidad.	Santiago le hace una interrogante a su madre por los leones que vieron en el zoológico que vieron hace 4 semanas.  Alan simula que su carrito es de verdad y hace un ruido con él.
Entendimiento de identidades	Conocen que los cambios en las superficies no modifican la naturaleza de las cosas.	Matías sabe que su mamá es su mamá, aunque se encuentre disfrazada de sirena.
Entendimiento de lo que es causa y efecto	Se percatan que las acciones pueden ser alterados por alguna circunstancia.	Dylan busca a la persona que pateó la pelota, una vez que esta está cerca de él.
Facultad para clasificar	El sujeto es capaz de estructurar los objetos, personas y eventos en ciertas categorías	Lili ordena las fresas en pequeñas y grandes
Conocimiento para entender los números	Es capaz de contar y laborar con ciertas cantidades	Manuel comparte los dulces entre sus amigos, pero se aseguró que cada uno tenga la misma cantidad.
Hipótesis de la mente	Son ensayos con su actividad mental y el manejo de esta.	Emilio esconde unas galletas de su hermano en el librero, sabe que estarán a salvo puesto ahí no las buscará.

Cuadro 6. Progresos cognoscitivos a lo largo de la niñez temprana.<sup>5</sup>



Limitación	Descripción	Ejemplo
Centración; Inhabilidad de descentrar	Los niños solamente pueden concentrarse en un solo aspecto, los demás los omiten.	Santiago incomoda a su hermano explicándole que le han servido más jugo de uva, ya que a él se lo sirvieron en un vaso alto y delgado, mientras que a ella en uno pequeño y ancho.
Irreversibilidad	Los niños no son capaces de comprender ciertas operaciones o acciones, las cuales pueden regresar a establecerse a la situación en que se origina.	Santiago no se da cuenta que el jugo de cada vaso es equivalente al envase del cual le sirvieron, lo cual contradice su aceptación de que tiene más jugo que su hermano.
Concentración en los estados más que en las transformaciones	El niño no es capaz de comprender la significación de los cambios en los estados.	En tarea de conservación, Santiago no comprende que cambiar la forma de un líquido (cuando es servido de cierto recipiente a otro) no presenta cambio en la cantidad.
Razonamiento transductivo	No utilizan el razonamiento deductivo o inductivo; brincan de un detalle a otro y observan una casualidad donde no hay.	Dylan se portó mal con su hermano. Al siguiente día ella enfermó. Dylan cree que se enfermó por su culpa.
Egocentrismo	Acarrea que las otras personas razonan, perciben y sienten lo mismo que ellos.	Amanda toma en cuenta que es necesario que le dé la vuelta al libro para que su madre pueda ver el dibujo que quiere que mire, manteniendo el libro frente a sus ojos y solo ella puede observar bien.
Animismo	Les aplican vida a objetos inanimados.	Luisa dice que la primavera quiere llegar pero el invierno manifiesta "¡No quiero ir!"
Inhabilidad para distinguir la apariencia de la realidad	Desordenan lo que es real con la apariencia externa.	Miriam se siente confundida por esponja que tiene forma de piedra. Asegura que parece una piedra por lo cual dice que es una piedra.

Cuadro 7. "Aspectos inmaduros del pensamiento preoperacional (de acuerdo con Piaget)".<sup>5</sup>

### 3.5 Desarrollo afectivo.

Generalmente lo que se tiene previsto en niños de 3 a 6 años:

- Incremento de confianza básica.
- Combate por obtener los afectos del padre del sexo opuesto, contra el padre de su mismo sexo.
- Emergen miedos infantiles siendo parte de los instrumentos de protección "psicológicos de proyección y desplazamiento".<sup>55</sup>

### 3.6 Desarrollo del habla y lenguaje.

En los niños existe una creciente facilidad con la utilización del lenguaje, ya que les ayuda a expresar su punto de vista, que es único del mundo. Entre los 3 y 6 años, el niño rápidamente presenta avances en su vocabulario, la gramática y la sintaxis.<sup>5</sup>



---

---

Cuando los niños presentan 3 años, en promedio, conoce y puede utilizar de 900 a 1000 palabras; mientras que a los 6 años posee un vocabulario más expresivo (del habla) de 2600 palabras y es capaz de entender más de 20000. Con ayuda de la educación de manera formal, su vocabulario pasivo o receptivo de niño (las palabras que es capaz de entender) se cuadruplicaron a 80000 palabras cuando alcance la secundaria.<sup>5</sup>

Esta rápida ampliación de su vocabulario, es gracias al mapeo rápido, que consigue el niño al captar el significado aproximativo de una palabra nueva después de ser escuchada con una sola vez o hasta dos veces en una conversación. Dando al niño la capacidad de elaborar una teoría rápida entorno a la palabra, que después perfeccionará con la exposición y utilización posteriormente.<sup>5</sup>

De acuerdo con Piaget, es en este periodo donde el lenguaje tiene un desarrollo notorio, siendo esta la etapa preoperativa. Los gestos y las expresiones verbales, con la ayuda de la capacidad simbólica empiezan a contar realidades más abstractas revelándose en el lenguaje del niño. Siendo capaces imaginar las cosas y recordar las sin que estén presentes. La socialización surge en la última parte de esta etapa.<sup>56</sup>

### 3.7 Desarrollo dental.

A los dos años y medio, se ha completado la erupción de los dientes temporales, se instaura la oclusión de los 20 dientes temporales.<sup>57</sup> Imagen 5.



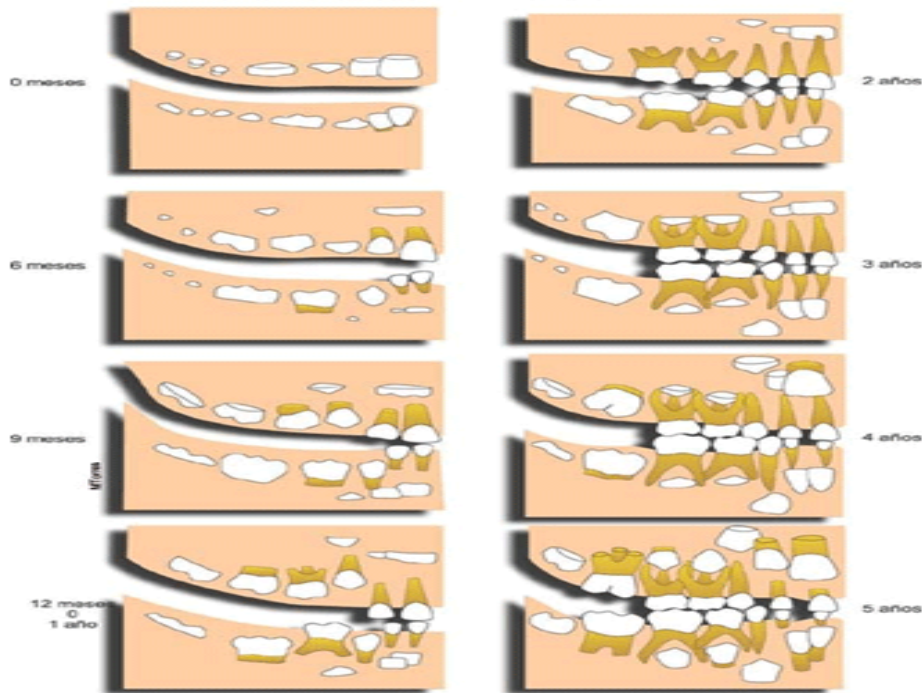


Imagen 5. Erupción de la dentición primaria <sup>58</sup>

A lo largo de esta etapa se originará un aumento de crecimiento en todas las direcciones, ya sea en sentido sagital como transversal y vertical, lo que promueve a que la cara experimente una serie de cambios de los 3 a los 6 años. En relación al esqueleto, el maxilar y la mandíbula se desarrollan a gran velocidad de crecimiento sostenido, en el caso de la articulación temporomandibular exhibe un cóndilo redondeado y una cavidad glenoidea poco profunda, presentando un limitado desarrollo de la eminencia articular.<sup>57</sup>

Durante este periodo, existe un cambio en la función de succión del neonato a una función totalmente nueva con el surgimiento de la dentición temporal (la masticatoria). Entonces el ciclo masticatorio se confeccionará en el transcurso de este periodo, debido al desarrollo del sistema neuroregulador, estableciéndose gracias a la erupción de los incisivos con una nueva referencia de posición mandibular más en la zona anterior, al mismo tiempo que los contactos oclusales posteriores condicionarán un nuevo patrón de cierre que eludirá las interferencias oclusales.<sup>57</sup>

Cabe señalar que esta oclusión se caracteriza por una limitada sobremordida incisiva y resalte, correspondiendo el canino superior el que con su apoyo triodontal con el canino inferior y el primer molar, decreta la llave de oclusión

temporal, puesto que los dos molares deben interrelacionarse por medio de un plano terminal recto o vertical.<sup>57</sup>

Por otra parte en este periodo en la dentición temporal, existen diversos tipos de espacios que consiguen un correcto establecimiento de la oclusión de la dentición permanente:

- Espacios interdentarios: es un pequeño espacio que se localiza entre diente y diente, presentándose generalmente en la zona de los incisivos. La ausencia de estos, podría pensarse en la presencia de problemas de espacio.<sup>57</sup> Imagen 6.



Imagen 6. Espacios interdentarios.<sup>59</sup>

- Espacio primate: es un espacio que se localiza en la zona distal de los caninos temporales inferiores y en la zona mesial de los superiores. En este sentido son llamados así por la presencia de estos espacios en los simios.<sup>57</sup> Imagen 7.



Imagen 7. Espacio primate.<sup>60</sup>

- Espacio libre de Nance: es un espacio disponible que se presenta cuando son sustituidos los dientes caninos y molares por sus homólogos permanentes, presentando 0.9 en la hemimaxila superior y 1.7 en la inferior. Siendo este espacio procedente de la semejanza de tamaño entre los dientes primarios y permanentes en un segmento lateral del arco dentario, puesto que el canino permanente siempre será mayor que el temporal, mientras tanto el primer y segundo molar presentaran un



tamaño mesiodistal más pequeño que sus similares temporales, más que nada entre el segundo premolar y el segundo molar temporal.<sup>57</sup>

Imagen 8.

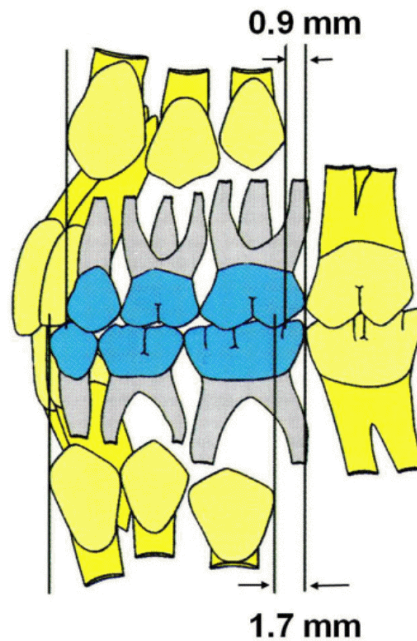


Imagen 8. Espacio libre de nance.<sup>60</sup>

- Espacio deriva: este espacio libre de nance es aprovechado por la mesialización de los primeros molares para el asentamiento de una relación clase I molar.<sup>57</sup>



---

---

## **CAPÍTULO 4. ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS PARA LOGRAR CAMBIOS DE CONDUCTA EN NIÑOS, DURANTE LA CONSULTA DENTAL.**

Considerando que tanto la odontología como la psicología pertenecen al área de la salud, figuradamente no presentan una relación, sin embargo, presentan numerosos intereses conjuntamente. La psicología tiene una notable importancia para el cirujano dentista, en virtud de que el comportamiento de los sujetos puede alterar la atención o el tratamiento bucodental. La participación de la psicología en la odontología ha sido gradual y conforme va pasando los años, existen mayores aportes en la cantidad y en la calidad, para que el cirujano dentista pueda establecer una mejor calidad para la prestación de un servicio interdisciplinario; un ejemplo claro de esto es las técnicas de intervención de la conducta que se encaminan a mejorar el tratamiento integral en odontopediatría y aumentar la cooperación de los niños en la consulta dental.<sup>61</sup>

### **4.1 Respuestas emocionales más comunes en el paciente infantil durante el tratamiento dental (miedo, ansiedad, retracción, resistencia, regresión, timidez).**

El paciente infantil es muy susceptible durante el tratamiento odontológico, reflejando sus emociones; la emoción se define como: “cualquier agitación y trastorno de la mente, sentimiento, pasión o cualquier estado mental vehemente o excitado”, es por ello que el cirujano dentista y el especialista en odontología infantil, debe de ser capaz de identificar las distintas emociones que pueden surgir y efectuar un manejo conveniente de las mismas.<sup>62</sup>

A juicio de Boj, JR (2011) la ansiedad “es un estado emocional que se origina de fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales o sugeridas al niño por quienes le rodean”.<sup>57</sup>

Desde el punto de vista de Boj, JR (2011) el miedo es como: “una reacción o actitud frente a una amenaza real que surge de un objeto externo considerado



como perjudicial, y corresponde en el plano psicológico, a la respuesta física al dolor”.<sup>57</sup>

Yolexis Pérez E. (2013) postula al término de retracción como: “otra manifestación y una de las defensas que más utilizan los niños de edad preescolar, rehusando participar en juegos y en cualquier actividad, huye de la situación o de alguna persona y no habla con extraños y ni siquiera con conocidos. Este tipo de paciente no tiene confianza del el cirujano dentista, resultando difícil comunicarse con él, llora por cualquier cosa con facilidad”; En el caso de la regresión la define como: “la adaptación de una respuesta característica a una fase anterior del desarrollo, como es succionar el pulgar, mojar la cama, ejemplos de conductas regresivas en niños que han suprimido tal conducta y tratan de volver a un estado de la infancia más satisfactorio y menos ansioso”; además señala a la resistencia como: “una manifestación de inseguridad o ansiedad en la que el niño se rebela, no queriendo enfrentarse al medio ambiente, teniendo un comportamiento negativo o conducta desorganizada (rabieta, tratar de provocar vómitos, entre otros.)”.<sup>63</sup>

Empleando las palabras de Carla Larrea Eyzaguirre (2022) enfatiza que el miedo dental es definido “como una ansiedad específica a la atención dental, que predispone al paciente a experimentar fuertes sentimientos negativos al tratamiento odontológico”.<sup>64</sup>

#### 4.2 Factores que establecen la conducta del niño en la consulta dental.

- Postura de la familia: el ambiente familiar y los padres son de gran relevancia, puesto que pueden transferir los miedos, actitudes o ansiedad hacia los niños. Los miedos subjetivos pueden ser obtenidos por imitación. En algunas ocasiones instruyen al niño que la odontología es utilizada como amenaza o castigo (p. ej... “Si comes muchos dulces, te llevaré con el dentista”). Cuando los niños se originan de hogares familiares bien estructurados, los niños presentan menos problemas al ser atendidos.<sup>57,65</sup>
- Experiencias previas: cuando el niño ha sido atendido anteriormente y presentó una experiencia negativa, implica dificultad para lograr su



---

---

colaboración, asimismo como experiencias médicas. Esto incrementa la ansiedad del niño al recibir el tratamiento.<sup>57,66</sup>

- Separación de los padres y miedo a lo desconocido: tienen inclinación especial en presentarse en niños de 3 a 6 años. Un niño cuando es equilibrado emocionalmente es capaz de responder frente a un extraño que es amistoso con más curiosidad que con miedo o agresividad.
- Presencia de los padres durante el tratamiento dental: es un tema de controversia para quien ejercen la odontopediatría; cuando el niño va creciendo, la presencia de los padres resulta menos importante, sin embargo, pudieran influir de una manera negativa, debido a que cuando sea más tensa, nerviosa o insegura las reacciones de los padres, existe un mayor riesgo para que el niño reaccione de la misma manera y deteriorare el contacto entre el cirujano dentista y el niño. Por otra parte, en niños más pequeños de 3 años la presencia de los padres pudiera ser de gran ayuda.<sup>57,66</sup>
- Coeficiente intelectual: se cree que los niños que presentan un menor coeficiente intelectual presentan más miedo hacia el cirujano dentista, asimismo ocurre con los que presentan un coeficiente intelectual más alto.
- Edad: en niños pequeños suelen presentar más ansiedad y conductas no apropiadas, que en los niños más grandes. Presentándose la edad como factor influyente en la conducta del niño. Conforme los niños van creciendo, maduran y despliegan conductas más apropiadas, existiendo una mayor colaboración y presentando menos miedos. De igual manera el perfil psicológico es de gran importancia para establecer la conducta de los niños durante el tratamiento dental.
- Duración de la visita: en los niños es fundamental que las visitas sean cortas y deben existir pausas, la cooperación pudiera perderse durante una larga visita.
- Hora de visita: es recomendable que las visitas sean por las mañanas, puesto que los niños no se encuentran tan casados y ofrecen un mayor rendimiento. Lo mismo ocurre con el profesional y este estará más capacitado para afrontar conductas no apropiadas.<sup>57,66</sup>

### 4.3 Evolución de la conducta del niño durante la consulta acorde a su edad.

Edad	Comportamiento en la consulta dental.	Terrores	Dolor	Métodos
3 a 4 años	<p>Es exigente. Es capaz de colaborar a través de los juegos. Susceptible a los cambios de humor. Es posible que pueda esperar y anticipar. Tiene el deseo de agradar. Dispuesto al elogio. Es posible que colabore dentro de la consulta si son respetadas las normas de prevención de ansiedad.</p> <p>Frecuentemente no es capaz de diferenciar la fantasía de la realidad. Realiza muchas preguntas. Tiende a querer ser "el jefe". Imita conductas. Puede llegar a ser creativo.</p>	<p>Sonidos fuertes. Luz discordante.</p> <p>Movimientos rápidos.</p> <p>A cosas desconocidas. A personas extrañas. Cosas imaginarias.</p> <p>Aflicción a separarse de su madre van mejorando. A la oscuridad. A los antifas. Es posible que asocie su miedo al pediatra.</p>	<p>Presenta una mayor capacidad para explicar la fuerza, la localización y la cualidad del dolor .</p> <p>Utiliza adjetivos para el dolor ("malo")</p>	<p>Que los tiempos de consulta sean cortos. Utilizar distractores. Clavar su atención antes de hablarle. Que su madre pueda ser utilizada como modelo. Pequeñas interrupciones (recesos). Utilización de juegos. Utilizar espejos. Reforzamientos positivos. desensibilización sistemática. Música.</p>

Cuadro 8. Evolución de la conducta del niño durante la consulta dental, de los 3 a los 4 años de edad. <sup>65</sup>

Edad	Comportamiento en la consulta dental.	Terrores	Dolor	Métodos
4 a 5 años	<p>Puede ser capaz de aceptar la separación. Dócil y rebelde a la vez. Puede presentar crisis de independencia. Para él es importante la ropa y el maquillaje. Puede jugar solo por 15 min. El 90% de los niños pueden contribuir en la consulta. Requiere la aprobación y precisa premios. Es capaz de entender el concepto del tiempo.</p>	<p>Truenos, relámpagos.</p> <p>Oscuridad.</p> <p>Fantasmas. Alejarse de su madre. A quedarse solo. A que se pierda.</p>	<p>Es capaz de dar una señal tosca del dolor (intensidad). Utiliza adjetivos más descriptivos para el dolor, así como términos conectados a las emociones (triste o enojado).</p>	<p>Fijar su atención antes de hablarle. Utilizar algún juego. Utilizar espejos. Darle el papel de pequeño ayudante. Conteos. Señalamiento con la mano. Reforzamiento positivo. Desensibilización sistemática. Distracciones. Música. Descansos con intervalos breves.</p>

Cuadro 9. Evolución de la conducta del niño durante la consulta dental, de los 4 a los 5 años de edad. <sup>65</sup>

Edad	Comportamiento en la consulta dental.	Terrores	Dolor	Métodos
5 a 6 años	<p>Es exigente. Es capaz de colaborar a través de los juegos. Susceptible a los cambios de humor. Es posible que pueda esperar y anticipar. Tiene deseo de agradar. Es susceptible al elogio. Con la ayuda de las normas de prevención de ansiedad es capaz de colaborar durante la consulta. Es capaz de diferenciar la fantasía de la realidad. Realiza muchas preguntas. Tendencia a querer ser el jefe. Quiere copiar conductas. Es muy creativo.</p>	<p>A los ruidos intensos, luz estridente. Movimientos que sean bruscos. A cosas desconocidas. A las personas extrañas. A cosas extrañas. Aflicción a separarse de su madre van mejorando. Antifaces. Es posible que asocie su miedo al pediatra.</p>	<p>Presenta una mayor capacidad para explicar la fuerza, la localización y la cualidad del dolor .</p>	<p>Que los tiempos de consulta sean cortos. Utilizar distractores. Clavar su atención antes de hablarle. Que su madre pueda ser utilizada como modelo. Pequeñas interrupciones (recesos). Utilización de juegos. Utilizar espejos. Reforzamientos positivos. desensibilización sistemática. Música.</p>

Cuadro 10. Evolución de la conducta del niño durante la consulta dental, de los 5 a los 6 años de edad. <sup>65</sup>

#### 4.4 Clasificación de la conducta en niños.

El estrés y la incertidumbre que se presenta en los niños durante el tratamiento dental pueden generar diferentes tipos de respuesta conductual, es por ello que se crearon diferentes escalas para valorar estas reacciones:

- Frankl y Wright: precursores en la descripción de las diversas formas de comportamiento en pacientes infantiles dentro del consultorio dental, clasificando 4 grados de respuesta conductual. <sup>67</sup> Cuadro 11.

Grado	Descripción
Tipo I (- -)	El niño rehúsa el tratamiento, grita fuerte, es temeroso, muestra negatividad extrema.
Tipo II(-)	El niño difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, presenta actitudes negativas y se muestra renuente.
Tipo III (+)	El niño es capaz aceptar el tratamiento cautelosamente, muestra voluntad para seguir órdenes.
Tipo IV (++)	El niño presenta buena relación con el odontólogo, se muestra interesado en el tratamiento

Cuadro 11. Clasificación de Frankl y Wright<sup>68</sup>

- Rud y Kisling (1973): esta clasificación se fundamenta en la actividad verbal y la expresión ocular.<sup>57</sup> Cuadro 12.

Grado	Descripción
Grado 3. Aceptación positiva	El niño presenta voluntad para la conversación y el realizar preguntas, manifiesta interés, tiene una posición relajada en la unidad dental, sus brazos se encuentran apoyados en él, sus ojos son brillantes o vivos y móviles.
Grado 2. Aceptación indiferente	El niño presenta conversaciones o preguntas demasiado rápidas, sus movimientos son indecisos o cautelosos, falta de atención. Su expresión ocular es impasible, su posición en la unidad dental es relajada.
Grado 1. Aceptación con desgana	El niño tiene una falta de conversación, de respuesta (vaga protesta, posiblemente) y interés. Su posición es poco relajada en la unidad dental. Sus ojos parpadean o frunce el ceño.
Grado 0. No aceptación	Presenta protestas verbales o físicas y/o llanto.

Cuadro 12. Rud y Kisling<sup>57</sup>



- Venham (1979): genera una nueva escala para la valoración con respecto a la colaboración del niño, el cual amplía el número de conductas.<sup>57</sup> Cuadro 13.

Grado	Descripción
0. Relajado.	El niño se muestra relajado, sonriente, conserva la calma, mantiene un comportamiento que es deseado por el cirujano dentista repentinamente o en el momento en que le solicita.
1. Inseguro o inquieto.	A lo largo de procedimientos que sean estresantes el niño protesta con cierta brevedad para indicar su incomodidad.
2. Tenso	El niño muestra ansiedad en el tono de voz, las preguntas y las respuestas que realiza. En el transcurso de procedimientos dolorosos existen protestas verbales, llora sigiloso, existen tensión en sus manos y movimientos para interferir durante el tratamiento.
3. Desgana para aceptar la situación del tratamiento.	El niño aumenta su protesta verbal y llora. Utiliza sus manos para que se detenga el procedimiento. Estos tratamientos se ejecutan con dificultad.
4. En el tratamiento se interpone la ansiedad.	El niño presenta un llanto generalizado, que no concuerda con el tipo de momento del tratamiento. El niño pudiera llegar a comunicarse y tal vez disponga de ganas y ejecuta un gran esfuerzo para sus colaboración.
5. Fuera de contacto con la realidad de la amenaza.	El llanto del niño es muy fuerte y sonoro, asimismo grita y suda. Siendo incapaz de escuchar. Presenta una conducta de escape. Aquí el control físico podría ser inevitable para controlar sus movimientos.

Cuadro 13. Clasificación de Venham (1979).<sup>57</sup>

#### 4.5 Perfil de niños no colaboradores durante el tratamiento dental.

- ❖ Niño que presenta alguna alteración emocional: los niveles de ansiedad son una guía para establecer los grados de alteración emocional que presenta el niño. Cuando se presenta el miedo durante el tratamiento





---

---

dental y a este se le agrega un problema emocional de base, a menudo se genera una crisis conductual.<sup>57</sup>

De forma general, en niños que padecen algún trastorno emocional, llegan a ser pacientes muy complicados.

El problema radica para el cirujano dentista llegando a ser agravado puesto que en muchas ocasiones no hay un diagnóstico verificado, consiguiendo que los padres del niño se muestran suspicaces al aceptar que la conducta no adecuada del niño se genera por la visita al cirujano dentista, sino por una alteración emocional. Puesto que ya están acostumbrados al comportamiento de su hijo, pasando por alto estas anomalías.<sup>57</sup>

- ❖ Enfermos crónicos y otras situaciones traumáticas: cuando un niño sufre una enfermedad crónica pudieran existir problemas de conducta si los padres dejan de recompensar o sancionar las acciones de manera coherente. Requieren límites, reglas y respuestas lógicas ante sus actitudes a pesar de las circunstancias que influyen en sus vidas. Los niños necesitan el total apoyo de sus padres y este apoyo será muy eficaz cuando el niño siga sujeto a las reglas que le ayudan a comportarse correctamente, aunque muchas veces para los padres no es una tarea sencilla.

En niños que han sido maltratados o abandonados, presentan un porcentaje más alto de algún padecimiento emocional, los cuales presentan problemas para la colaboración en el tratamiento dental.<sup>57</sup>

- ❖ Paciente infantil tímido o introvertido: los niños que presentan este problema se mostrarán cohibidos y pudiera presentarse el llanto en ellos, asimismo raramente se comportan de manera agresiva o con una rabieta. El cirujano dentista deberá conseguir empatía, confianza y una buena comunicación. Con estos niños resulta efectivo el elogio y la técnica de la triple E (explicar-enseñar y ejecutar), con el tiempo se convertirán en buenos pacientes.<sup>57</sup>
- ❖ Niño atemorizado: es un reto para el cirujano dentista, médicos, maestros, padres y cualquier persona que lo trate. Sus miedos pueden incluir temor a las agujas, miedo a las lesiones corporales, temor a lo desconocido de manera general.<sup>57</sup>



---

---

El miedo es un factor desencadenante para la crisis conductual durante el tratamiento dental, siendo difícil el suponer si su cooperación se debe al miedo o a otra causa multifactorial.

- ❖ Niños con aversión a la autoridad: son niños que no aceptan y pueden seguir las indicaciones de los adultos. Son niños que son consentidos, incorregibles, sobreprotegidos por personas de su entorno y muy rebeldes. El cirujano dentista representa una figura de autoridad, siendo rechazado por este tipo de pacientes.<sup>57</sup>

#### 4.6 Control de la conducta.

El manejo de la conducta y el comportamiento del paciente son las piedras angulares para que la consulta odontológica tenga triunfo, y para que esto se lleve a cabo es necesario que exista un decrecimiento en la ansiedad y en el miedo dental, es por ello que son el objetivo clave para obtener una exitosa colaboración y dando como resultado el éxito del tratamiento dental, inclusive para instaurar las bases para la aceptación de la odontología en el paciente durante toda su vida y así tenga una buena salud bucodental. A todo esto también se debe tener presente que cada niño es único y el cirujano dentista deberá estar capacitado para elegir y emplear la técnica más acorde al paciente, para así transformar su conducta no adecuada. Esta técnica se debe de seleccionar de manera individualizada según la edad del paciente, desarrollo intelectual y/o emocional, examinando asimismo otros factores como el conocimiento y la experiencia del cirujano dentista, el entorno de las instalaciones del consultorio, la aceptación de los padres y el niño, el tipo de tratamiento, experiencias previas médicas y dentales, entre otros.<sup>69,70</sup>

Objetivos del control de la conducta:

- ❖ Instaurar una afable comunicación con el niño y los padres.
- ❖ Adquirir la confianza del niño y los padres, y así lograr la aceptación del tratamiento.
- ❖ Expresar al niño y a sus padres las repercusiones positivas ante el cuidado dental preventivo.<sup>66</sup>



- ❖ Conceder un entorno favorable y relajado para el personal del consultorio durante la consulta odontológica.
- ❖ Realizar el tratamiento de la manera más conveniente para el niño.<sup>65</sup>

#### 4.7 Técnicas de comunicación.

El niño de los 3 a los 6 años empieza utilizando frases de dos palabras, avanzando hasta crear oraciones más íntegras, asimismo, participa en conversaciones, conoce nuevas palabras conforme transcurren los días y tiene una mejor comprensión del lenguaje.<sup>56</sup>

La comunicación con el paciente infantil es la llave para encaminar la conducta. El cirujano dentista deberá contar con esta habilidad para implementar una buena comunicación, tanto en un nivel verbal como paraverbal (p. ej; las miradas), instaurar un contacto visual y sonreír, colocarse sentado a nivel del paciente infantil, darle la mano como saludo y atención hacia su persona. Debe ser una conversación natural y agradable, el cirujano dentista debe mostrarse interesado sobre sus gustos y actividades.

Cada miembro del equipo del cirujano dentista debe de conocer su papel en este primer momento. El asistente por su parte hablará con el niño durante su estancia en la recepción, durante la espera al cirujano dentista. Cuando el niño ya esté con el cirujano dentista el asistente dental tomará un papel pasivo, ya que es de suma importancia que la comunicación sea solo en una sola dirección para no confundir al niño.<sup>57,66</sup>

Los padres pueden comunicar acerca de los miedos y las experiencias previas que el niño tuvo. La actitud del paciente en la sala de espera pudiera ser una orientación. La evaluación de su actividad motora del niño refleja su respuesta ante la nueva situación, debido a que a una mayor actividad existente pudiera considerarse un rango de mayor seguridad.

El cirujano dentista puede tomar el rol del comunicador, un entrenador para llevar de manera adecuada al niño durante la consulta y transformar al paciente en un niño tranquilo y cooperador. Es por ello que en ocasiones el cirujano



---

---

dentista deberá asumir el papel de un profesor, un psicólogo, un animador o una figura de autoridad según la situación.<sup>57,66</sup>

Cuando se haya creado contacto con el niño, se procede a explicar de manera ordenada los procedimientos. Los mensajes deben de ser claros y acordes a la edad del paciente, para que éstos sean comprendidos; pudiendo ser sustituidas ciertas palabras por expresiones moderadas y eufemismos, aquellas que les contrajeron cierta ansiedad a los niños.

Es recomendable hablar siempre a su nivel o un tono ligeramente superior, sin excederse, ya que pudiera generarle más ansiedad. En niños pequeños se pudiera añadir un poco de fantasía a la conversación.

El cirujano dentista puede responder a sus preguntas siempre y cuando no retrasen el tratamiento dental. Deben de darse pocas instrucciones al niño, debido a que no puede responder en un corto tiempo, las cuales deben ser concretas y razonables utilizando un tono de voz bajo para tener su atención.<sup>57,66</sup>

#### 4.7.1 Control de voz.

Su objetivo se basa en instaurar una comunicación que se ha perdido en base a una conducta no colaboradora, siendo muy efectiva para detener conductas nada colaboradoras en el preciso momento que se han iniciado. Se fundamentan en una transformación súbita y abrupta en el cambio de voz concreto para conseguir la atención del paciente y acentuando la intención del cirujano dentista en la toma de decisiones, de igual manera su expresión facial, el mensaje verbal y paraverbal deberán transmitir la misma intención.<sup>57</sup>

#### 4.7.2 Técnicas no verbales.

Estas técnicas hacen referencia a la parte física y paraverbal, que son refuerzos en las técnicas de comunicación. La expresión facial, el tono y el ritmo de la voz, asimismo como la posición del clínico frente al niño son elementos que forman parte de estas técnicas.<sup>57</sup>



---

---

### 4.7.3 Técnica de la triple E (Explique-Enseñe-Ejecute, Decir-Mostrar-Hacer o Tell-Show-Do).

Esta técnica se encuentra fundamentada en teorías del aprendizaje. Se fundamenta en dar al niño una serie de explicaciones verbales de los procedimientos que va a realizar el cirujano dentista con la utilización de frases que sean acordes al desarrollo psicológico del paciente (decir), enseñándole con algún auxiliar visual, auditivo, olfativo e inclusive táctil del procedimiento que se va hacer, de una manera meticulosa y que no amenace al paciente (mostrar), una vez realizado lo anterior se procede a realizar el procedimiento (hacer).<sup>67</sup>

Esta técnica está indicada emplearla en pacientes que presenten una madurez psicológica, capaces de entender y ejecutar las órdenes del cirujano dentista. Asimismo, se sugiere que sea la primera técnica empleada en el paciente infantil, sin tomar en cuenta su nivel de cooperación; si fuera el caso en el cual el paciente presenta una discapacidad visual, el cirujano dentista pudiera alterar la técnica a decir-sentir-hacer para alcanzar una interacción con el niño. Siendo contraindicada esta estrategia en pacientes con una deficiencia auditiva, pacientes con incapacidad, pacientes no colaboradores, pacientes que no quieren entender o tengan inmadurez emocional. Este método no es recomendable cuando se utilizará anestesia, ya que al ver la aguja pudiera generar un comportamiento negativo en el niño, de igual manera en tratamientos que impliquen sangrado.<sup>67</sup>

Es recomendable que en la primera consulta odontológica del niño no observe el instrumental punzocortante, ya que le podría causar cierta ansiedad, temor, miedo y/o llanto, ya que este podría presentar una conducta no adecuada.

La técnica puede ser aplicada cuantas veces sea necesario en el niño, ya que su retención es limitada.

Para este método es de suma importancia la utilización de un vocabulario adecuado que sustituya a algunos instrumentos y tratamientos, para que el niño los pueda comprender mejor; se sugiere que sea aplicada con la combinación de otra técnica para tener un mayor efecto positivo.<sup>67</sup>



## 4.8 Estrategias de modificación de la conducta.

Una estrategia básica, es aquella que serán utilizadas durante cada procedimiento, en las primeras consultas y en las subsecuentes, para así obtener conductas colaboradoras. Una estrategia complementaria será aplicada en casos específicos. Éstas también son capaces de reducir la ansiedad y pueden conseguir conductas deseadas, manteniendo las conductas adecuadas en el consultorio odontológico, las cuales pudieran ser utilizadas en combinación con estrategias básicas.<sup>65</sup>

Las estrategias son herramientas que ayudan a facilitar el encuentro con el paciente, por lo que no deberán ser aplicadas de una forma prefabricada y deberán conocerse a profundidad. Nunca se deberá de programar por adelantado una determinada estrategia, ya que éstas dependerán de la situación clínica y podría requerir de la espontaneidad y creatividad.<sup>65</sup>

- Estrategias básicas: Comunicación efectiva (verbal y no verbal), desensibilización (decir-mostrar-hacer), reforzamiento positivo, el juego.
- Estrategias complementarias: modelamiento, conferir el control al paciente, ensayos en casa, placebo (imágenes visuales), distracción, reestructuración cognitiva, receso, condicionamiento adverso (reforzamiento negativo, castigo, tiempo fuera), enfoque físico (estabilización/contención), relajación, hipnosis (imágenes visuales), método de Lamaze, musicoterapia, flores de Bach, acupuntura, digitopuntura, homeopatía, dibujo, entre otros.<sup>65</sup>

### 4.8.1 Desensibilización.

Es un método utilizado para reducir los temores y la tensión del paciente. Esta técnica incorpora técnicas de relajación al paciente para alcanzar una relajación a nivel muscular y explicar procedimientos que generen miedo, siendo efectiva en niños, ya que aprende a remplazar su conducta no apropiada con la ayuda de la relajación.<sup>70</sup>

Para los niños es complicado que alcancen un estado de relajación. Kort F. (2005) recomienda la utilización de otro tipo de respuestas, como la respuesta



---

---

alimentaria, la respuesta de un juego (creación de actividades) y palpar físicamente. Sin embargo, en niños de la edad de 7 años en adelante se les enseña la relajación mediante videos o la demostración en directo.<sup>65,71</sup>

Wolpe (1958) comentado por Barenie Jt (1984), propone que la desensibilización sistemática, es útil, ya que el paciente aprende a reemplazar una respuesta no apropiada como lo es la ansiedad, por una respuesta apropiada, que sería como resultado la relajación.<sup>65</sup>

Esta técnica bien planteada con relajación profunda y exposición de situación imaginaria precisa a menudo de 15 a 25 sesiones de terapia. Por ello, desde un punto de vista práctico, el uso de la desensibilización sistemática en la disminución de la ansiedad, agregado con el tratamiento odontológico se encontraría limitada a los pacientes más ansiosos y que presenten miedos o fobias predeterminadas, tendrían que ser tratadas a prioridad por el terapeuta y luego recibir el tratamiento odontológico.<sup>65</sup>

#### 4.8.2 Reforzamiento Positivo.

Esta técnica se encarga de buscar un comportamiento esperado, quedando como la más común para la motivación de los niños por aprender. En este sentido es imprescindible aplicar el refuerzo y repetirlo con la finalidad de condicionar positivamente el comportamiento. Estos reforzadores pudieran ser materiales, verbales y no verbales.<sup>70</sup>

#### 4.8.3 El juego o ludoterapia.

Siendo un estímulo de humanidad, el juego es una práctica ideal en niños. Para ciertos autores el juego es una función natural del “yo” por medio del cual armonizan los procesos corporales y sociales del humano y son evaluados con la ayuda de la observación.<sup>72</sup>

El juego es una actividad particular de los niños, el cual les ayuda asimilar el mundo que los rodea, probando sus habilidades, identificando sus límites y los de su entorno. Muchas veces las explicaciones verbales no son suficientes para que alguna situación dada sea entendida. Es por ello que las



explicaciones en los niños podrían ser dadas con la ayuda de recursos analógicos como lo son modelos, dibujos y juguetes.<sup>73</sup>

Un espacio lúdico anticipado a la atención odontológica, creará un vínculo entre el cirujano dentista y el paciente, creando una colaboración mutua, mismo que será motivo de la disminución en el temor a lo desconocido.

Los encuentros dan pie a la realización de un diagnóstico oportuno de los estados de ansiedad y un abordaje de la situación del niño de manera integral; debido a que los niños presentan un entusiasmo en la participación de éstos, y sus padres valoran la dedicación y el tiempo por parte del cirujano dentista.<sup>73</sup>

El juego se puede clasificar dependiendo del nivel de desarrollo del niño:

- Juego sensorio motor (de los 0 a los 2 años): radica en la repetición de movimientos que ocasionan placer al sentir dominio de sus capacidades motoras.<sup>65</sup>
- Juego simbólico (de los 2 años en adelante): aquí el niño es capaz de expresar su mundo interno simbólicamente, con la representación de objetos que se encuentran ausentes. Juego “como si”. Ejemplo: Mover una hoja doblada como si fuera un avión de juguete de verdad.
- Juego de reglas (de los 7 años en adelante): Como el niño es capaz de considerar la perspectiva de otra persona, el juego se tornará competitivo.<sup>65</sup>

Por otro lado, el juego puede dividirse en dos categorías:

- Juegos activos: este tipo de diversión se origina de lo que realiza el niño, por sí mismo, por ejemplo: si corre por su gusto, así como si creara algo con plastilina, entre otros.<sup>65</sup>
- Juegos pasivos o diversiones: la alegría es precedida de las actividades de otros, como por ejemplo ver a otros niños jugar, visualizar televisión, leer revistas, entre otros.<sup>65</sup>

Formas de comunicación mediante la ludoterapia:

- El juego (teatralización de cosas imaginativas, que identifican a las personas de ambiente).
- Diálogo imaginario (historias imaginadas).
- Dibujo (algo espontáneo o sobre algún tema que se le sugiere)





- Diálogo tradicional, que es cara a cara, el cual con lleva averiguar los temas de interés del paciente, motivaciones, preocupaciones, en otras palabras pretende establecer un vínculo.<sup>65</sup>

#### 4.8.4 Modelamiento.

También llamada aprendizaje por imitación. En esta técnica existe un cambio de comportamiento bajo resultado de la observación de otra persona. Siendo funcional para mitigar la ansiedad, si bien lo que le resulta como desconocido al niño pasa a ser conocido para él, con la experiencia de otro. Esta técnica se encuentra basada a muchas de las respuestas de la conducta humana, ya que son imitadas de una persona a otra, con la ayuda de la observación, asimismo, la persona que se encuentra observando será capaz de ver las consecuencias de determinada conducta sin haber vivido la experiencia, sabiendo que le espera y así podrá imitar lo observado.<sup>74</sup> El modelo puede estar presente (vivo) o filmado. Se ha comprobado que es efectivo cuando:

- El espectador se encuentra en estado de alerta.
- Cuando el modelo tiene una buena condición (estatus) y prestigio.
- Cuando las consecuencias serán positivas con un codominante con la conducta del modelo, en otras palabras, que el modelo es fortificado de una manera positivamente enseguida de realizar la conducta apropiada.<sup>65</sup>

El hermano mayor podría ser un buen modelo, ya que imitar a su hermano mayor podría ser un orgullo para el paciente. La cantidad de modelos observados también es de importancia y de gran ayuda, puesto que existe una variación al presentar sus conductas sin temores proporcionando mayores conductas al observador, a lo cual, si solo se presenta un solo modelo, éste podría ser considerado como un poseedor de talentos especiales.<sup>65</sup>

Al utilizar como modelo a alguno de los progenitores o persona responsable del niño, podría ser una herramienta valiosa. Su eficacia dependerá de la edad del niño y el vínculo de la persona en cuestión. Utilizar a la madre del niño tendrá múltiples ventajas, puesto que no se separará de la madre durante la consulta



---

---

dental, cuando el niño observa a su madre que se encuentra relajada, tendrá la oportunidad de ver lo que hace ella y no se sentirá atemorizado, minimizando su ansiedad.<sup>57</sup>

#### 4.8.5 Conferir control al paciente.

Cuando se le brinda a un paciente una sensación de control, esta será una estrategia que se le otorga al niño con lo cual se sentirá más seguro y confiado. Mientras que la privación de estos, podría intensificar una percepción de dolor. Igualmente, se dispone a prevenir la aparición de la indefensión aprendida, la cual es una condición psicológica, mediante la cual un sujeto aprende a creer que se encuentra indefenso, provocando que no tiene el control de la situación en la que se encuentra, por lo que cualquier cosa que realice, no le es de utilidad. Dando como resultado que el paciente se muestra pasivo ante la situación que no es placentera o dañina, inclusive cuando éste tiene la posibilidad real de cambiar esta particularidad. Por lo cual podría ocasionar ciertos traumas psicológicos que le pudieran subsistir durante mucho tiempo.<sup>65</sup>

En odontología, esta técnica es de gran utilidad cuando existen casos donde se encuentra presente una gran ansiedad, existe la posibilidad de dolor y baja la tolerancia a un procedimiento determinado que se va a realizar.<sup>65</sup>

Esta técnica se lleva a cabo explicándole al niño que cuando quiera que nos detengamos ante el procedimiento que se esté realizando, él debe darnos alguna señal, ya que tendrá la boquita abierta. Siendo esta señal acordada con anticipación, por lo general es levantar la mano o decir “aaaaaa”, y el cirujano dentista se detendrá ante lo que esté haciendo.<sup>65</sup>

Por otro lado, otra forma de conferir el control al niño será mediante el conteo, contando hasta un número determinado que marcará el final de cierta actividad, o el desenlace de cierto estímulo que le produce molestia, haciendo tolerable el procedimiento. Esta técnica es utilizable durante periodos cortos de dolor o molestia.<sup>65</sup>

Cabe señalar que también permitirle al niño que visualice cierto procedimiento en su boca a través de un espejo o cámara, es otra forma de otorgarle el privilegio del control. No obstante, no es conveniente en todos los procedimientos, ya que esto podría ser contraproducente.<sup>65</sup>



#### 4.8.6 Ensayos de una conducta deseada en casa.

Cuando una conducta deseada es practicada varias veces, ésta tendrá mayor probabilidad de acontecer. Por lo tanto los ensayos serán de gran importancia, cuando éstas se quieran ser llevadas a la práctica, y se espera que surjan comportamientos ambicionados y así se desarrollarán ciertas habilidades

Esta estrategia, prosigue con los principios de desensibilización, los cuales son capaces de reprogramar respuestas emocionales con la ayuda de ensayos, los cuales pudieran ser reales o encubiertos. Primeramente, se practica la conducta en una posición real o simulada. Posteriormente, la conducta es practicada con la ayuda de la imaginación a través de un contexto de entrenamiento o en la realidad.<sup>65</sup>

En la consulta odontopediátrica es de gran ayuda, durante situaciones específicas, para la cual requiere del apoyo de los padres para guiar la conducta y el estado emocional del niño.<sup>65</sup>

Cuando el niño está ansioso, su padre puede guiarlo y ésto regulará la frustración del niño, con lo cual mejora sus habilidades y comportamientos durante la consulta odontológica. El juego de los roles puede ser de gran ayuda para lograr este cometido. Por ejemplo, la mamá del niño pudiera simular que es el cirujano dentista, le pedirá al niño que se siente sobre una silla y le solicitará que habrá su boca para poder ver sus dientes, elogiando el comportamiento adecuado del niño y después pudieran revertir los roles.<sup>65</sup>

Esta técnica puede emplearse bajo estas situaciones:

- Falta de control
- Ansiedad
- Ciertos procedimientos odontológicos que precisan habilidades específicas como mantener la boca abierta, sobrellevar la presencia de un algodón, del eyector, entre otros.

Recomendaciones:

- Distinguir la conducta deseada.
- Manifestar el refuerzo positivo.
- Proporcionar información detallada y clara acerca de los comportamientos correctos tanto a la madre como al niño.



- Los ensayos deberán realizarse en un ambiente de afecto y cariño, con un contexto divertido, eludiendo el cansancio o el aburrimiento.<sup>65</sup>

Estas actuaciones llevadas a cabo de una manera correcta mediante el juego de roles, presentan una alta probabilidad de ser transmitidas a una situación real.<sup>65</sup>

#### 4.8.7 Distracción.

Esta técnica tiene un gran valor en la práctica de la odontopediatría, ya que su eficacia y aplicabilidad, es universal para el manejo del dolor y la ansiedad. Esta estrategia reside en la desviación de la atención del paciente con la ayuda de un objeto para lograr disminuir su percepción de lo que le es desagradable y eludir las conductas que son negativas o de evitación.<sup>65</sup>

La distracción usa los sentidos: visuales (dibujos, juegos, tv, entre otros.), auditivos (escuchar conversaciones, cuentos, explicaciones, ruidos en el fondo, entre otros.), táctil (tocar alguna tela, papel o juguete), gustativa (saborear algo que le es agradable), olfativa (olores agradables en el ambiente) motora o una combinación de estos.<sup>65</sup>

Es muy efectiva esta estrategia, permitiendo al paciente que afronte y pueda conllevar una situación que le es estresante. Algunos ejemplos de distracción en odontología son: videojuegos, televisión, utilizar juguetes, escuchar y leer cuentos, observar caricaturas, dispositivos digitales, la respiración de forma consistente, ejercicios relacionados a la imaginación, descansos, repetición de maniobras (alzar la pierna dentro de la técnica de Lamaze).<sup>65</sup>

Prabhakar y et. al. (2007) efectuaron un estudio, en el cual percibieron que la utilización de la técnica audiovisual tuvo un efecto más eficaz dentro del manejo de la ansiedad en el tratamiento dental en el paciente pediátrico, comparándola con la distracción de audio. En cambio, el audio presenta gran valor al querer eliminar o disminuir los sonidos que no son agradables como lo son el sonido de la pieza dental o la succión.<sup>75</sup>



---

---

Aminabadi y et. al. (2008) mostraron la validación de la distracción y de la contraestimulación (técnica que se encarga de la aplicación de un estímulo en ciertas áreas continuas para el futuro dolor y así poder disminuirlo) en el declive de la reacción a la presencia de dolor durante la inyección intraoral en pacientes pediátricos. Asimismo, los autores recomiendan la utilización de ambas técnicas simultáneamente para que los resultados sean más favorables. Se recomienda la utilización del chorro de agua de la jeringa triple en el lugar de la punción de manera simultánea con la introducción de la carpule, por lo tanto disminuirá simultáneamente el dolor durante la anestesia local.<sup>76</sup>

La televisión es un potente distractor, ya que una película de dibujos animados podría ser de gran ayuda para aliviar ciertas molestias en los niños, durante procedimientos que impliquen dolor, quedando demostrado por Bellini y col, en un estudio, que la distracción con la ayuda de la televisión resultó muy eficaz. Por lo tanto la distracción es una estrategia de participación psicológica, a la cual se recurre para adicionar el autocontrol del paciente, y así una disminución en la ansiedad. Igualmente actúa como un potente reforzador positivo, por ejemplo, cuando se le permite al niño la utilización de un videojuego mientras se realiza un procedimiento dental (que sea colaborador), su atención no se está desviando del procedimiento, si no se está premiando su buena conducta, y ésto hará que la repita en un futuro.<sup>77</sup>

#### 4.8.8 Restructuración cognitiva.

Es una estrategia general, utilizada en la terapia cognitiva, misma que se encarga de identificar, analizar y modificar las interpretaciones que son erróneas cuando las personas experimentan situaciones determinadas.<sup>78</sup>

Partarrieu, Andrés (2011) define al diálogo socrático como: una técnica cognitiva que busca provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información”.<sup>78</sup>



---

---

La reestructuración cognitiva idealmente es utilizada para identificar y corregir los modelos de pensamiento que son negativos, puesto que lo que piensa una persona repercute de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Es por ello que es de suma importancia controlar lo que se piensa para poder hacer frente al estrés, y disminuir situaciones que son conflictivas.<sup>79</sup>

Procedimiento para la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva (resumen):

- Identificar los pensamientos que no son adecuados.
- La evaluación y el análisis de los mismos.
- Indagación de los pensamientos optativos.<sup>65</sup>

Por lo tanto, este procedimiento es complejo y presenta cierta dificultad para aplicarlo a la realidad, sobre todo si se trata de pacientes infantiles. Por ello, no se trata de que el cirujano dentista efectúe tratamientos de reestructuración cognitiva complejos, ya que para esto existe un especialista en esta área, que se encarga de ello. Si bien es cierto que el cirujano dentista podría utilizar esta estrategia cuando se presenten pensamientos que son equivocados en relación con el tratamiento odontológico que provoquen ansiedad en los pacientes. Un ejemplo de esto podría ser el miedo a la pieza de baja cuando se realiza una limpieza dental, aunque sea solo una limpieza dental, el paciente relaciona al ruido con el dolor, lo que provoca miedo y ansiedad, preguntado al cirujano dentista si les va a doler. Para solucionar ésto el cirujano dentista pudiera colocar el cepillo sobre su dedo, demostrando la acción que se realizará y solo sentirá un cosquilleo. El pensamiento que tiene el paciente, es que experimentará “dolor”, se le presenta sin alguna razón en absoluto, siendo un reflejo. A esto la reestructuración cognitiva le muestra al paciente el modo de reconocer las creencias no racionales, para que después el niño sea capaz de hacerlo por sí solo y que mejore su calidad de vida.<sup>65</sup>

Cuando se pretende aplicar la técnica en niños o adolescentes, se puede escribir su conteo de pensamientos en un cuaderno o pizarrón, para que este los observe.<sup>65</sup>



---

---

Se recomienda la utilización de distintos métodos y técnicas, dependiendo de los intereses del niño, su etapa evolutiva y proceso terapéutico, ya que para cada edad y etapa se deben emplear estrategias adecuadas a las características del paciente.<sup>65</sup>

El cirujano dentista se encarga de dar asesoramiento con información actualizada, siendo capaz de corregir pensamientos erróneos, brindar ejercicios específicos.<sup>65</sup>

Shahnavaz E. y et. al realizaron un estudio con la utilización de esta técnica, siendo su objetivo principal, el estudio de la terapia cognitiva conductual (TCC) en niños que presentaban ansiedad dental; quedando demostrado que, con la aplicación de la técnica, los niños presentaron mejoras en el grupo que se aplicó TCC, y concluyendo que TCC es un eficaz tratamiento para niños y adolescentes que presentan ansiedad.<sup>80</sup>

#### 4.8.9 Receso.

El descansar, para el ser humano es una necesidad fisiológica. Siendo una actividad que es inevitable para recobrar el equilibrio físico y mental en toda edad. Pero en niños, es más necesario este descanso de sus actividades para que alcancen un óptimo desarrollo físico y mental. Asimismo, la consulta odontológica no se escapa a esta cuestión.<sup>65</sup>

De manera general, durante la visita del niño al cirujano dentista, manifiesta conductas ideales que permiten la realización del tratamiento dental, pero tienden a desaparecer cuando el niño se ha cansado como: mantener la boca abierta, permanecer tranquilo en la unidad dental, entre otros. Más que nada esto se presenta en niños pequeños que su periodo de atención es limitado.

Los recesos son una situación ideal en odontología como estrategia para mantener la conducta apropiada del niño, y con ésto disminuir la probabilidad de la aparición de una mala conducta. En este sentido otorga un descanso al niño, marcará un cambio de la actividad, para lo cual permite al niño liberar energía contenida.<sup>65</sup>



#### 4.8.10 Método de Lamaze.

Este método pretende comprender y trabajar con el dolor que padece la mujer durante el parto. Esta técnica apareció en los años 30 cuando médicos soviéticos la empezaron a utilizar, aplicando técnicas del condicionamiento de Pavlov a las parturientas, para que cuando éstas tuvieran contracciones uterinas su respuesta fuera positiva. Los Dr. Ferdinand Lamaze y Leboyer (1951), ambos de Francia, fueron los promotores de esta técnica.<sup>65</sup>

El método Lamaze es aplicado y se centra en la madre, mientras que el método de Leboyer se focaliza en bebé, el cual consiste con la atenuación de las luces, las personas presentes deben guardar silencio y pasan a colocar al bebé en agua tibia para así minimizar el choque que ocasionará el cambio al medio ambiente.<sup>65</sup>

El método consiste en dos partes: la primera, es un proceso de descondicionamiento, en el que se busca la eliminación de la ignorancia, en el que los conceptos que son erróneos y las dudas que habitualmente dan pie al miedo y con esto al dolor. Lo que trata de hacer esta técnica, es siendo un tanto educativa, enseña a la mujer embarazada los acontecimientos particulares de su estado, aportándole nociones sobre el labor y trabajo de parto, manifestándole que las contracciones uterinas son una parte natural del nacimiento.<sup>65</sup>

La segunda parte se centra en aprender algunos ejercicios respiratorios, con la utilización de un punto focal, en el que se debe concentrar a lo largo de las contracciones y con la ayuda de los pies y las manos, de manera consciente la persona los utiliza como recursos para propagar su energía motora y con esto distraer la atención de la zona de las contracciones uterinas.<sup>65</sup>

Cuando se presenta la primera contracción, la mujer debe de dirigir su vista a un punto fijo (eje. la pared), enfocararlo, y con esto deberá introducir cierto estímulo visual que va dirigido a su cerebro.

Realizando inspiraciones profundas, consecutivamente por una respiración rítmica que la mantiene en un estado de relajación. Prosigue con un suave masaje con la ayuda de la punta de sus dedos, colocados sobre su abdomen, incrustando un estímulo táctil, que se dirigirá a su cerebro. Con todo esto, el resultado final será que diversos estímulos (visuales, táctiles y auditivos) serán





---

---

dirigidos velozmente al cerebro, antes de que el dolor llegue a este. A todo esto, cuando el dolor llega al cerebro, será menos intenso.<sup>65</sup>

Por este sentido la mujer es capaz de aprender a responder en presencia de las señales verbales y con esto activar sus reflejos condicionados, con el fin que, durante la labor de parto, ayudan a controlar sus reflejos y respuesta. Con todo esto se fundamenta la educación para el parto y no un parto sin la presencia de dolor.<sup>65</sup>

Torney (Universidad de Iowa) utiliza esta técnica para pacientes odontopediátricos con fobia y la imparte en la clínica dental de la UCLA (clínica de servicios dentales que provee a comunidades de escasos recursos). Observó a 30 niños, con un historial de conducta no cooperadora, que incorporan desde enfados hasta mordeduras, patadas, gritos, entre otros; presentaban especialmente resistencia a la aplicación de anestesia local. En un periodo de 12 semanas, fueron tratados los niños de una manera exitosa con este método.<sup>81</sup>

La aplicación de este método en odontopediatría; primeramente, consiste en descondicionar al paciente, con la eliminación de su miedo y la conducta que no es adecuada. A todo esto, se alcanzó cambiar sus relaciones con la aparición del miedo dental y las experiencias vinculadas a este. Con este fin, se entablo que la consulta dental fuera lo más agradable posible, amistosa, no traumática y educacional, con lo que se le propuso a no realizarse ningún tratamiento dental en esta primera sesión, cuyo fin era conocer mejor a los pacientes y la explicación de los tratamientos.<sup>65</sup>

Cuando el niño se encontró sentado en el sillón dental, se le dijo que necesitaba respirar de manera lenta y regularmente, con un ritmo aproximativo de 10 respiraciones en un minuto, haciendo que los niños se concentran en su respiración, sin que se les permitiera que éstos tuvieran ninguna distracción de ningún tipo. Enseguida se les pidió que siguieran respirando de manera lenta y que mantuvieran la pierna derecha elevada durante 20 segundos, al finalizar ese tiempo, la podrían bajar. Una vez realizado esto, se les realizó una pregunta, sobre la canción favorita, a lo cual se le motivó a pensar en ella; al mismo tiempo en que mantenían su misma frecuencia respiratoria y elevando



la pierna, con lo cual practicaban las 3 cosas al mismo tiempo. Este ejercicio se llevó a cabo de un conteo de 35, o lo que es lo mismo a 100 segundos.<sup>65</sup>

Finalmente se colocó un popote en la boca del niño, simulando una aguja dental y haciendo que comprendiera que era un simulacro de aguja, al mismo tiempo se le solicitó que respirara, además que alzara la pierna y que pensara en la canción, todo al mismo tiempo; durante este tiempo se colocó el popote sobre el paladar y enseguida sobre la mucosa vestibular, dando la apariencia que se anestesia al paciente con ella; de esta manera se acostumbra al paciente al procedimiento sin que fuera administrado ningún anestésico. Cabe señalar que se utilizó la palabra “anestésiar” a lo largo de todo el procedimiento.<sup>65</sup>

Para concluir la visita se les solicitó a los padres y al niño que realizarán el mismo procedimiento en casa todos los días, hasta que fuera la siguiente visita al consultorio, la cita fue programada una semana después. Dando como resultado un éxito en la sesión dental con los niños a los cuales se les aplicó el estudio y la duración de la sesión fue de 15 min.<sup>65</sup>

En la segunda sesión, se procedió a efectuar el mismo procedimiento (con el popote), si se ven efectuados buenos resultados, se procede a sustituir el popote por la aguja con la carpule, efectuando la misma rutina, se administra el anestésico y se procedió a la realización del tratamiento dental respectivo. En resumen, todos los niños tratados con este método respondieron de manera favorable al tratamiento, aunque su conducta anterior no fue la adecuada. Igualmente, para la obtención de buenos resultados, es de suma importancia el utilizar el mismo lenguaje que los niños (una buena comunicación), y lograr la colaboración de los padres.<sup>65</sup>

Annadinin y et. al. utilizaron esta técnica y la realizaron con éxito, en pacientes que presentan fobia a la anestesia, incluyendo una variación del popote empleado por Torney por un palillo y cambiaron la palabra “inyección” por “a dormir”.<sup>65</sup>

En este sentido, la técnica podría emplearse con otros miedos. Annadinin y et. al. (2021) lo emplearon en una niña de 5 años con miedo a las cubetas de flúor. Le aplicaron la técnica de Lamaze, sustituyendo el popote por una cubeta. De igual manera les facilitaron las cubetas a los padres de la pequeña para que



---

---

podrían practicar en casa. A la siguiente cita no existió ningún problema durante la visita al consultorio.<sup>65</sup>

#### 4.8.11 Musicoterapia.

La musicoterapia es definida como: “la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un profesional calificado (músico-terapeuta), con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas”.<sup>82</sup>

En la odontología, la implementación de esta técnica en niños y adolescentes durante la práctica odontológica, es empleada como una terapia de sugestión donde el sujeto en cuestión es animado con fantasía.

Algunos investigadores han empleado esta técnica de música ambiental, canciones, temas de audición, historias, cuentos, durante el tratamiento odontológico de niños, con el objetivo de lograr una buena colaboración por parte del paciente.<sup>65</sup>

Cruz y Díaz Pizán (2005), declaran en su estudio que la presencia de música durante la consulta odontológica, no presenta una forma significativa en aquellas consultas donde no la hay, sin embargo, sí muestran una mayor satisfacción en el tratamiento y existe una disminución en el dolor, con la presencia de música en la consulta dental.<sup>83</sup>

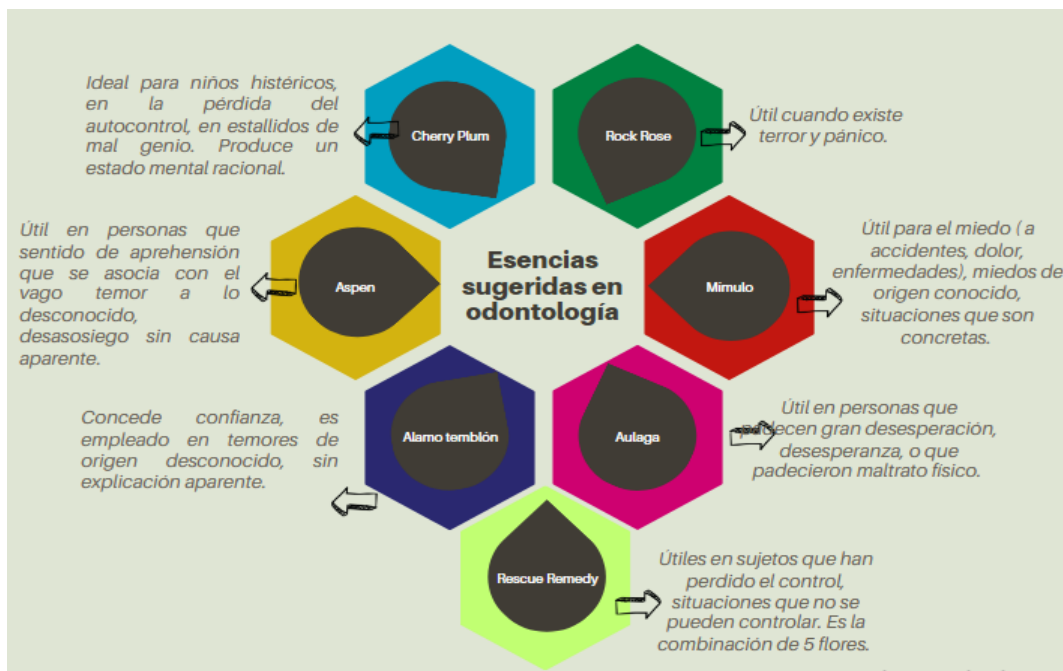
Álvarez y Muñoz realizaron otro estudio y evaluaron la eficacia de la técnica en 18 pacientes, de 4 a 6 años de edad que requerían tratamiento dental restaurador con la utilización de anestesia local, estos niños escucharon cuentos infantiles, elegidos por ellos mismos. Recibieron una cita de control para el manejo rutinario del comportamiento y una segunda cita para la aplicación de esta técnica auditiva. Los autores en sus resultados, vieron una mejora del 80% en el comportamiento de la segunda cita, reafirmando la efectividad de esta técnica en el manejo del comportamiento.<sup>84</sup>

Con la utilización de esta técnica, la reducción de la ansiedad se puede asignar a dos razones. En primer lugar, cuando un niño escucha música, tiende a cerrar sus ojos y puede concentrarse en el sonido, olvidándose así de qué se

encuentra en el consultorio dental. En segundo lugar, el sonido de la música anulara los sonidos no agradables, como lo es la pieza dental. Por lo tanto, estas dos ventajas, que, combinadas con la ayuda del efecto de la música, pueden coadyuvar a relajar a las personas y permitir que los cirujanos dentistas manejen con eficacia a los pacientes ansiosos.<sup>85</sup>

#### 4.8.12 Flores de Bach.

También nombradas remedios o esencias florales de Bach, es un descubrimiento del médico inglés Edward Bach, desarrollado en la década de los años 30. Crea 38 remedios florales, mismos que de acuerdo al autor las flores se encuentran dirigidas a aliviar los desequilibrios psicoemocionales. Siendo una versión de la terapia médica alternativa, distinta a la homeopatía, ya que no emplean diluciones extremas. Se destaca que estos remedios florales no ejercen su función en alteraciones físicas, si no en los síntomas como en la ansiedad, el miedo y las preocupaciones.<sup>65</sup> Cuadro 14.



Cuadro 14. Flores de Bach utilizadas en odontología.<sup>65</sup>

Bach tuvo esta hipótesis de la utilización de estos remedios, ya que él creía que las enfermedades son resultado de una serie de trastornos o desequilibrios de la parte emocional y mental de los sujetos.<sup>65</sup>



---

---

Cruz, Quintero y Fong (2002) ejecutaron el empleo de la terapia floral de Bach en niños en presencia de temores y miedos. El rango de edad para su estudio fue de 2 a 16 años, en 40 pacientes, estos pacientes acudieron por algún desorden emocional con relación al miedo. Para ello utilizaron 6 esencias: rock rose, mímulo y álamo, entre otros. Con este estudio concluyeron que el tratamiento es más efectivo al mes de haberse empleado, observaron que el 28.5% de sus pacientes presentaron una mejoría; el 49% mejoró a los dos meses siguientes y el 32.5% a los 3 meses; sin embargo, el 90% de los pacientes tuvo mejoras con la utilización de las flores de Bach. Sin embargo, se resalta que fueron empleadas en combinación con terapia psicológica.<sup>86</sup>

Ernst (2001) y Pintov (2005) en sus respectivos estudios, anulan ciertos efectos específicos, ya que ellos indican que estas flores de Bach actúan como un placebo.<sup>87</sup>

En otro estudio de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en la Facultad de Odontología de México, realizado por Moreno Peña, señala que la aplicación de las flores de Bach, ayudó a la disminución del miedo y la ansiedad en los niños durante el tratamiento odontológico. En este estudio el rango de edad de los niños fue de 3 a 8 años, a los cuales se les administró las esencias florales de mimulus, aspen, castaña roja y castaña dulce, durante 7 días y se les dio 5 gotas en su lengua.<sup>87</sup>

Ernst (2001), en su trabajo presenta los resultados de una revisión sistemática de todos los estudios que pudo encontrar y descubrió que sólo cuatro de esos controles concedieron alguna evaluación científica. De esos cuatro, dos mostraron resultados positivos, mientras que los otros dos, subestimaron el sesgo de selección, mostrando solamente efectos placebo. Para obtener una visión más concluyente de esta investigación la CRD (Centro de Revisión y Diseminación Británico), sugirió una investigación más exhaustiva.<sup>87</sup>

La frecuencia de la dosis y el ritmo, en niños es de cuatro gotas, diluidas en agua, las cuales son administradas dos veces al día; el ciclo más frecuente es de 4 semanas, sin embargo, se han visto cambios reveladores en un periodo de 7 y 14 días. Se menciona que no se debe incrementar las dosis, sino que debe de ser una administración frecuente y persistente.<sup>65</sup>



---

---

#### 4.8.13 Economía de fichas

Es un sistema que a través de reforzadores condicionados, se galardona con fichas a las personas, las cuales presentan conductas deseadas; pudiéndose utilizar fichas de póker, moneda, billetes, estrellas, calcomanías, entre otros. Este sistema es de gran utilidad en odontopediatría, puesto que los tratamientos dentales son realizados por varias etapas y lo que busca esta estrategia es generar una modificación o mantener la conducta deseada, mediante la entrega de reforzadores positivos.<sup>65</sup>

Al inicio de la consulta, se le explica al paciente que si su conducta es la deseada, se le dará una ficha y así sucesivamente, hasta el término del tratamiento, y una vez alcanzado cierto número de fichas, ganará un premio; el cirujano dentista deberá poner ciertas reglas para que el niño gane o pierda las fichas.<sup>65</sup>



---

---

## CONCLUSIONES

- 1) La psicología, es de gran utilidad para la odontología, presentando ciertos beneficios, como son: siendo una herramienta productiva durante la consulta odontológica, así como también en los tratamientos dentales, pero no solo en los adultos si no en los niños, ya que busca su cooperación mediante, las estrategias de conducta que se encuentran basadas en el desarrollo psicológico, planteadas por algunos investigadores, que por medio de la observación y la formulación de experimentos, descubren como es el desarrollo psicológico y cognitivo, a través del crecimiento humano, presentando una evolución en las distintas etapas de la vida.
- 2) La comunicación entre cirujano dentista y paciente, es una estrategia muy valiosa, ya que con ella se logra que las personas se interrelacionen, creando un vínculo; en niños deben emplearse mensajes claros y conforme a la edad del paciente, para que estos sean comprendidos, pudiendo hacer cambios de ciertas palabras con eufemismos, que pudieran ayudar a controlar la respuesta emocional del niño como ansiedad y miedo.
- 3) El cirujano dentista a través de la educación para la salud en niños, busca incentivar a los pacientes, para que logren un buen estilo de vida, con la ayuda del aprendizaje y la motivación, generando un cambio de conducta desde pequeños, proporcionándoles herramientas e información entendible para generar buenos hábitos.
- 4) La edad del paciente es un antecedente importante, ya que con ello conseguimos concebir en qué momento de su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial se encuentra el paciente; lo cual aportará información valiosa a la consulta odontológica, y con esto al éxito de los tratamientos.
- 5) El cirujano dentista debe conocer varias estrategias de conducta, para así poder combinarlas y poder emplearlas de manera adecuada, puesto que cada paciente es único.
- 6) Para que las estrategias del manejo de la conducta funcionen, debe existir coherencia y ser perseverantes al aplicarlas, ya que los niños son



---

---

muy intuitivos, comprendiendo a la perfección si nos encontramos nerviosos o inseguros.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arana JM. Meilán J. Pérez E. El concepto de psicología: entre la diversidad conceptual y la conveniencia de la unificación. *Apreciaciones desde la epistemología*. Redalyc.org. [Internet]. 2006. [Consultado el 29 de enero de 2023]. 8(1). p. 111-112 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280107.pdf>
2. Fernández Trespalacios, J. L. (1987). *Introducción a la psicología*, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid.
3. Mayor, J. y Pérez, J. ¿Psicología o psicologías? Un problema de identidad, en J. Mayor y J. L. Pinillos. *Tratado de psicología general*, vol. 1: Historia, teoría y método, Alhambra, Madrid, pp. 3-69.
4. Piaget J. Inhelder B. *Psicología del niño*. [Internet]. Madrid, Ediciones Morata, S. L. 1997. [Consultado el 06 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=etPoW\\_RGDkIC&printsec=frontcover&dq=teor%C3%ADa+del+desarrollo+cognitivo+de+piaget&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjpbGE1IL9AhVvIGoFHWI3AEg4ChDoAXoECAkQAq#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=etPoW_RGDkIC&printsec=frontcover&dq=teor%C3%ADa+del+desarrollo+cognitivo+de+piaget&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjpbGE1IL9AhVvIGoFHWI3AEg4ChDoAXoECAkQAq#v=onepage&q&f=false)
5. Papalia D; Wendkos S; Feldman D. *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. [Internet]. 11 Ed. México: McGraw Hill, 2019. [Consultado el 29 enero de 2023]. p. 11-13, 32-35, Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2019/04/Papalia-y-Otros-2009-psicologia-del-desarrollo.-Mac-GrawHill.-pdf.pdf>
6. Craig G; Baucum Y. *Desarrollo Psicológico*. [Internet]. 9ª Ed. México: Pearson Educación. 2009. [Consultado el 30 enero de 2023]. p. 6, 18, 29, 106-109. Disponible en: <https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craig-baucum.pdf>
7. Plata Contreras A. *El educador para la salud y el uso de las aplicaciones móviles en odontología como recurso didáctico en pacientes preescolares*. [Licenciada]. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Odontología. 2021. [Consultado el 30 enero de 2023]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2021/abril/0811446/Index.html>
8. Feldman R; Ortiz M; Araiza H; Gaona Figueroa L. *Desarrollo psicológico a través de la vida*. [Internet]. 4º edición. México: Pearson Educación; 2007. [Consultado 28 de enero 2023] Disponible en: <file:///C:/Users/danie/Downloads/Desarrollo%20psicol%C3%B3gico.pdf>
9. Baltazar Ramos A. *Estimulación del desarrollo psicológico infantil*. UNAM, FES Zaragoza, 2019. [Internet]. [Consultado en: enero de 2023]. Disponible en: *Estimulación Desarrollo Psicológico Infantil.pdf* (unam.mx)
10. Faas A. *Psicología del desarrollo de la niñez*. [Internet]. 2da. México Ed. Córdoba: Brujas, 2018. p. 50-54 [Consultado en: enero de 2023]. Disponible en: <http://monitoreoddna.com/wp-content/uploads/2020/09/PSICOLOGIA-DEL-DESARROLLO-NINEZ-2EDICION-2018-COMPLETO.pdf>
11. Guevara V; Marcela A. *Desarrollo psicosexual. Adolesc salud* [Internet]. 1999. [Consultado el 26 de enero de 2023];1(1). p.73–91. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000100011](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011)



12. Martínez BR. La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson [Internet]. Medigraphic.com. [Consultado el 30 de enero de 2023]. 75(1). p.29-34 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>
13. Rodríguez-Rey; Cantero-García R. Albert Bandura: Impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. Padres y maestros / Journal of Parents and Teachers. [Internet]. 2020 p. 72-76. [Consultado el 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/15086/13481>
14. Ross V. Marshall M. Miller S. Psicología infantil. [Internet]. Barcelona: Ariel, 2001. [Consultado el 31 de enero de 2023]. p.38-40 Disponible en: <https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/2093/5/Cap.%202%20-%20Teor%20del%20desarrollo%20infantil%20P%20a%20ginas%2037-68%29.pdf>
15. Olivares Rodríguez J; Maciá Antón D; Rosa Alcázar A; Olivares-Olivares P. Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos. [Internet]. Ediciones Pirámide, Madrid. 2014. [Consultado el 31 de enero de 2023]. p. 179-280. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=r9KUBQAAQBAJ&pg=PA179&dq=bandura+atencion+retencion+reproduccion+motivacion&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiw5ZuFxpPP8AhVbs4QIHdvZAZUQ6AF6BAqE-EAI#v=onepage&q=bandura%20atencion%20retencion%20reproduccion%20motivacion&f=false>
16. Ruiz Ahmed Y. Aprendizaje vicario: implicaciones educativas en el aula. [Internet]. Revista digital para profesionales de la enseñanza. Núm. 10 de septiembre de 2010. [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7465.pdf>
17. Carrasco Galán M; Prieto Ursúa M. Skinner, contribuciones del conductismo a la educación. [citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/download/7129/6962/#:~:text=Una%20vez%20centrado%20su%20inter%20C3%A9s,la%20atenci%20B3n%20personalizada%20e%20individualizada.>
18. Perspectiva del Aprendizaje - Unidad de Apoyo Para el Aprendizaje [Internet]. Unam.mx. [citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://uapas1.bunam.unam.mx/ciencias/perspectiva-del-aprendizaje-skiner/>
19. Soler Franklin; Herrera J; Buitrago S; Barón L. Programa de economía de fichas en el hogar. Diversitas: Perspectivas en Psicología - Vol. 5, No 2, 2009 [Internet]. Redalyc.org. [citado el 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67916260012.pdf>
20. María N. Téllez B. Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo [Internet]. Revista Iberoamericana de Educación. n.º 42/7. 2007.[Consultado el 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39373281/1616Tellez-libre.pdf?1445613924=&response-content->



- disposition=inline%3B+filename%3Dpiaget\_y\_vigotsky.pdf&Expires=1675753256&Signature=bGR2QPRYm6nqrbQk6hv748QWQAFYr8Jg~8gT7gmPGq-Ot0R9wx4smrJKXCMNQz~-k8HidWibWGUENivWh332On7I56BJosiUEuWQMqn8ex~NUEzkDQ732ibtX5aM03O-1IA6kkuwjE8x4C1ESx98bQMm~gQe76E9JEzXetNwNZNIZVTsy3aDIVbmJ-9IORYuopFxCkYGPDKvtq9BQlRum2bXD60nir5r8Z-iaz6ZdUESwguCaDfyEIJQm0imcHY--ERV6KYIRhGy166aCyCV-B3axsJwPk-0U4F2XdPLkcjOWcJfeHHZKMzXWg97lyXNpBeMruK2t9xwQxnztGeg\_\_\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
21. Gerrig Richar J; Zimbardo Philip G. Psicología y vida. [Internet]. 17 ed. México: Pearson. p. 325-327.2005 [Consultado en: febrero de 2023]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=3-l4Z1dAxo0C&pg=PA326&dq=etapa+preoperacional+piaget&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjM4vOMyoT9AhUBI0QIHUtBA2IQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=etapa%20preoperacional%20piaget&f=false>
  22. Inocente-Díaz ME; Pachas-Barrionuevo FM. Educación para la salud en odontología. [Internet] Redalyc.org. Lima-Perú, 2012. [Consultado el 2 de febrero de 2023]. 22(4). p. 232-241. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373008.pdf>
  23. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. [Internet]. Salud Pública Mex. 2002 [citado el 9 de febrero de 2023]; 44(3):258–65. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2002.v44n3/258-265/es/>
  24. Organización Mundial de la Salud. (octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. [Consultado en: febrero de 2023]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
  25. Moreno GA. Sapiens. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. [Internet]. Revista Universitaria de Investigación. 2008. [Consultado el 9 de febrero de 2023]. 9(1). p.93-107 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
  26. Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En BriceñoLeón, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fio Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
  27. Real Academia Española. (2016). Real Academia Española. [Consultado en: febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.rae.es/>.
  28. Educación [Internet]. Concepto. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/educacion-4/>
  29. Aníbal León. Qué es la educación. Rev. de América Latina, del Caribe E, Portugal E y. Sistema de Información Científica [Internet]. Redalyc.org. [citado el 9 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>
  30. OMS. Preguntas más frecuentes OMS. [Internet En: Guía de Indicaciones Geográficas. Naciones Unidas; 2010. [Consultado el 07 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.



31. Educación para la Salud [Internet]. Gob.mx. [Consultado el 2 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/e75.html>
32. Díaz Brito Y, Pérez Rivero JL, Báez Pupo F, Conde Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. [Internet]. Rev. Cuba Med Gen Integral. 2012 [Consultado el 10 de abril de 2023]; 28(3):299–308. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009)
33. España U. Educar para la salud [Internet]. Unicef.es. [Consultado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.es/educa/salud>
34. Gómez Conde V. La educación para la salud en el ámbito. [Internet]. Revista escolar: Morrisville, NC, Estados Unidos de América: Lulu.com; [Consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=BTh\\_AgAAQBAJ&pg=PA8&dq=educacion+para+la+salud+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwioqOyO25j9AhUYLUQIH9yB8sQ6AF6BAgFEAl#v=onepage&q=educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud%20en%20ni%C3%B1os&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=BTh_AgAAQBAJ&pg=PA8&dq=educacion+para+la+salud+en+ni%C3%B1os&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwioqOyO25j9AhUYLUQIH9yB8sQ6AF6BAgFEAl#v=onepage&q=educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud%20en%20ni%C3%B1os&f=false)
35. Guillén A. La importancia de la educación para la salud en la edad infantil [Internet]. Uco.es. 2013. [Consultado el 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.uco.es/docencia/grupos/saludpsico/wp-content/uploads/2015/10/La-importancia-de-la-educaci%C3%B3n-para-la-salud-Caceres-2010.pdf>
36. Martínez M, Delgado GS, Tovar ALL, Patricia C. La educación como determinante de la salud oral. [Internet]. Redalyc.org. [Consultado el 16 de febrero de 2023]. 32(69). p.115-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231240434010.pdf>
37. Bolaños SN. Educación para la conservación de la salud bucal. [Internet]. Rev Odont Mex. 2020; [Consultado el 10 de febrero de 2023]. 24(4). p.228-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101874#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud%20en%20odontolog%C3%ADa%20es%20una%20combinaci%C3%B3n,conducen%20a%20la%20salud%20bucal>
38. De la Fuente, J. Sifuentes, MC. Nieto, ME. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. [Internet]. México, D.F.: Manual Moderno S.A. de C.V. 2014. [Consultado el 2 de febrero de 2023]. p.33-46, 48-63, 66, 95-98. Disponible en: [https://odontologia.weebly.com/uploads/7/8/7/3/78735178/l\\_promoci%C3%B3n\\_y\\_educaci%C3%B3n\\_para\\_la\\_salud\\_en\\_odontolog%C3%ADa.pdf](https://odontologia.weebly.com/uploads/7/8/7/3/78735178/l_promoci%C3%B3n_y_educaci%C3%B3n_para_la_salud_en_odontolog%C3%ADa.pdf)
39. Busse P, Godoy S. Comunicación y salud. [Internet]. 2016 [Consultado el 13 de febrero de 2023]; (38). p.10–30. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-367X2016000100001](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-367X2016000100001)
40. Noreña Peña A. Cibanal J, Alcaraz Moreno N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. [Internet]. Com.mx. Rev Esp Com Sal. 2010. [Consultado el 10 de abril de 2023]. 1(2): p. 113 -129 Disponible en: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd>



- [=&ved=2ahUKEwjrw8a9nKD-AhW1moFHYVoAScQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.uc3m.es%2Findex.php%2F FRECS%2Farticle%2Fdownload%2F3412%2F2063%2F&usq=AOvVaw0WC77zo5GrwDgAnHyW06VM](https://www.revistas.uc3m.es/index.php/FRECS/article/download/412/2063)
41. Introducción 1. Aprendizaje: definición, factores y clases [Internet]. Ccoo.es. [Consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd4922.pdf>
  42. Edu.gt. [Consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: [http://recursosbiblio.url.edu.gt/publicjlg/biblio\\_sin\\_paredes/fac\\_hum/psico\\_salud/cap/03.pdf](http://recursosbiblio.url.edu.gt/publicjlg/biblio_sin_paredes/fac_hum/psico_salud/cap/03.pdf)
  43. Guerrero Barrios J. Faro Resendiz M. Breve análisis del concepto de Educación Superior [Internet]. Alternativas.me. [Consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://alternativas.me/index.php/agosto-septiembre-2012/6-breve-analisis-del-concepto-de-educacion-superior>
  44. Ballesteros Retamosa M. Necesidad de motivar para promocionar la salud. [Internet]. [Consultado el 15 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.easp.es/web/blogps/wp-content/uploads/sites/6/2017/12/NECESIDAD-DE-MOTIVAR-PARA-PROMOCIONAR-LA-SALUD.docx#:~:text=La%20motivaci%C3%B3n%20es%20un%20proceso,humano%22%20\(Marina%202011\)](https://www.easp.es/web/blogps/wp-content/uploads/sites/6/2017/12/NECESIDAD-DE-MOTIVAR-PARA-PROMOCIONAR-LA-SALUD.docx#:~:text=La%20motivaci%C3%B3n%20es%20un%20proceso,humano%22%20(Marina%202011)).
  45. Carpio Montoya R. Villalobos García A. Motivación del equipo básico de atención integral en salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo modelo de atención integral. Rev Cienc Adm Financ Segur Soc [Internet]. 2001 [Consultado el 15 de febrero de 2023]; 9(1):71–90. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592001000100006](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000100006)
  46. Hernández-Sarmiento JM; Jaramillo-Jaramillo LI; Villegas-Alzate JD; Álvarez-Hernández L; Roldan-Tabares M; Ruiz-Mejía C; Calle-Estrada M; Ospina-Jiménez M; Martínez-Sánchez L. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención: Educación en salud. [Internet]. Arch Med (Manizales) 2020. [Consultado el 14 de febrero de 2023]. 20(2):490–504. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/273863770021.pdf>
  47. Pérez PN. Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez. [Internet]. Editorial Club Universitario; 2011. [Consultado el 18 de febrero de 2023]. Pág. 14 Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=3f2SOdgv3lcC&printsec=frontcover&dq=desarrollo+humano&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=desarrollo%20humano&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=3f2SOdgv3lcC&printsec=frontcover&dq=desarrollo+humano&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=desarrollo%20humano&f=false)
  48. Souza JM de, Veríssimo M. Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. [Internet]. Rev Lat am Enfermagem 2015. [Consultado el 18 de febrero de 2023]. 23(6):1097–104. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?format=pdf&lang=es>
  49. López-Blanco M; Macías-Tomei C; Landaeta-Jiménez M. Rojas Loyola G. Crecimiento, desarrollo y estado nutricional de los niños desde la etapa prenatal hasta los 23 meses. [Internet]. Arch Venez Pueric Pediatr



2020. [Consultado el 18 de febrero de 2023].83:35–44. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=149723147&lang=es&site=eds-live>
50. Proffit W; Henry W; Fields. Ortodoncia Contemporánea. [Internet]. 6ª ed. España: Elsevier.2019 [Consultado el 21 de febrero de 2023]. p. 18 Disponible en: [https://ortodonciasigloxx.files.wordpress.com/2016/06/00269ortodoncia-contemporanea-proffit-5a-ed\\_booksmedicos-org.pdf](https://ortodonciasigloxx.files.wordpress.com/2016/06/00269ortodoncia-contemporanea-proffit-5a-ed_booksmedicos-org.pdf)
51. Gómez Campos, R. Hespanhol, J. Portella E. D. Vargas Vitoria Predicción de la maduración somática a partir de variables antropométricas: validación y propuesta de ecuaciones para escolares. [Internet]. Brasil.Nutricion.org. [Consultado el 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/PREDICCION.pdf>
52. Sandoval Mora S. Psicología del desarrollo humano físico y biológico. 1. Desarrollo. 3.1 Desarrollo físico y biológico [Internet]. Edu.mx. [Consultado el 21 de febrero de 2023]. p. 96 Disponible en: <https://dges.uas.edu.mx/fisica/psicologiapdf/psicologia1/SEMANA-09.pdf>
53. Kliegman RM; Geme JS; Blum N; Shah SS; Tasker RC; Nelson. Tratado de Pediatría [Internet]. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. [Consultado el: 19 de febrero de 2023]. p. 135-136 Disponible en: <https://books.google.at/books?id=YgDpDwAAQBAJ>
54. Velastegui L. El desarrollo cerebral del niño [Internet]. Gamma Knife Ecuador Center; 2020 [Consultado el 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://gammaknife.com.ec/desarrollo-cerebral-del-nino/>
55. Martínez y Martínez R; Rentería Cárdenas A. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. [Internet]. 7ª ed. El Manual Moderno. [Consultado el 21 de febrero de 2023]. Pág. 366-387 Disponible en: <https://books.instituto-idema.org/sites/default/files/Pediatr%C3%ADa%20del%20ni%C3%B1o%20y%20del%20adolescente.%20Mart%C3%ADnez%20y%20Mart%C3%ADnez.pdf>
56. Milagros Figueredo A. Acosta de Camargo G. Herramientas para la comunicación en odontopediatría según el desarrollo del lenguaje. [Internet]. Revista odontopediatria.org. 2022 [Consultado el 03 de marzo de 2023]. 12(1) p.117-129. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/issue/view/29/28>
57. Boj, J.R ; Catalá, M; García-Ballesta C; Mendoza A. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. [Internet]. Ripano, Barcelona; 2011. [Citado el 22 de febrero de 2023]. p. 47-49, 97-107, 109-119 Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=od7WuEIkLM0C&pg=PA14&dq=desarrollo+dental&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiux434kar9AhX-K0QIHUq1DN04FBD0AXoECAQQAg#v=onepage&q=desarrollo%20dental&f=false>
58. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria [Internet]. Ortodoncia.ws. [Consultado el 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>
59. Plata Ramírez JM; Torre Martínez HHH; Martínez González GI. Determinación del tipo de sonrisa infantil ideal de acuerdo a la percepción de los padres y Odontopediatría. [Internet]. Rev



- Odontopediatría Latinoam 2021 [Consultado el 23 de febrero de 2023]; 8(2):12. Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2018/2/art-6/>
60. Inobi P. ¿Cómo ganar espacio en ortodoncia? [Internet]. Blogspot.com. [Consultado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://inobi-pe.blogspot.com/2017/10/como-ganar-espacio-en-ortodoncia.html>
61. Flores A, Flores M. Principios de la psicología en el ámbito odontológico: la psicodontología como una propuesta de subdisciplina aplicada. [Internet]. [Consultado el 1 de marzo de 2023]. 10(3) p.1-19 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7324848.pdf>
62. Soto R; Reyes D. Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica [Internet]. Ortodoncia.ws. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art-10/>
63. Pérez Espinosa Y; De Los Ángeles Tergas Díaz A; Díaz DB. Manejo psicológico del niño en la consulta estomatológica. [Internet]. Rev. electrón "Dr., Zoilo E, Mar Vidaurreta" 2015 [Consultado el 1 de marzo de 2023]; 38(9). Disponible en: [https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/476/pdf\\_126](https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/476/pdf_126)
64. Larrea Eyzaguirre C. Morales Gutiérrez L. Evaluación del miedo dental en niños atendidos en la Clínica Odontológica Universidad Franz Tamayo-Bolivia. [Internet]. Revistaodontopediatria.org. 2022. [Consultado el 21 de febrero de 2023]. 12(1) p. 40-56 Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/issue/view/29/28>
65. Annadinin Aimé de Bilbao: Morella Figueroa de Garzón; Rosemary Sogbe de Agell. Estrategias psicoconductuales en la consulta odontopediátrica. [Internet]. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría ALOP.2021 [Consultado el 23 de febrero de 2023]. p. 16, 19, 130-131, 145-150, 168-173, 186,195, . Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/pdfs/estrategias-psicoconductuales-en-la-consulta-odonto.pdf>
66. Barbería E. Odontopediatría. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002. p.116-130.
67. Pineda Mesías L. Pariona Minaya M. Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. Revisión bibliográfica. [Internet]. Unirioja.es. [citado el 4 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8307858.pdf>
68. Tiol Carrillo A. Martínez Escorcía A. Manejo de conducta en odontología pediátrica [Internet]. Revista dentista y paciente. [citado el 4 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
69. Bartolomé Villar. Vilar Rodríguez B. Cañizares C. Torres Moreta B. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico [Internet]. Cient. dent. 2020 [Consultado el 1 de marzo de 2023]. 17(1) p.27-34 Disponible en: [https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta\\_odontopediatico.pdf](https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatico.pdf)
70. Calero I; Aristizabal L; Villavicencio J. Management and behaviour of patients at early childhood in dental practice [Internet]. Bvsalud.org. 2012 [Consultado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en:



---

---

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875636/8-calero-manejo-ninez-temprana.pdf>

71. Kort F. Psicología del comportamiento infantil. México: Trillas; 2005
72. Hernández-Arenas M. La función del juego en el ambiente hospitalario. [Internet]. Acta Pediátrica Mex 2014; [Consultado el 17 de marzo de 2023]. 35:95. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n2/v35n2a1.pdf>
73. Martí S. Abordaje preventivo de la resistencia infantil a la atención odontológica a través del juego. [Internet]. Edu.ar. [Consultado el 17 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6012/martirfo-812014.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6012/martirfo-812014.pdf)
74. Díaz EM. Terapia cognitivo conductual aplicada a la fobia dental. [Internet]. Revista europea de Odontoestomatología. 2018. [Citado el 17 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=279>
75. Prabhakar AR , Marwah N , Raju OS. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2007;25(4):177-182.
76. Aminabadi NA, Farahani RMZ, Balayi GE. The efficacy of distraction and counterstimulation in the reduction of pain reaction to intraoral injection by pediatric patients. J Contemp Dent Pract. 2008;9(6):33-40.
77. Bellieni C; Fontani G; Corradeshi F; Lantorno L; Maffei M; Migliorini S; Perrone S; Buonocore G; Distracting effect of TV watching on children's reactivity. European journal of pediatrics 2010; 169(9):1075-1078 .
78. Partarrieu A. Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva [Internet]. Academica.org. Buenos Aires. 2011[Consultado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.academica.org/000-052/236.pdf>
79. Bunge E; Gomar M, Mandil J. Implementación de Metáforas en la Terapia Cognitiva con Niños. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2007;16(3):239-249.
80. Shahnava S; Hedman E; Grindefjord M; Reuterskio L. Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial . JDR Clinical & Translational Research. August 2016.
81. Torney DL. Aplicación de la técnica de Lamaze en el manejo del paciente pediátrico problema. Quintaesencia Edición Española.1980; 12: 63-66.
82. Quiroz JM; Calle T; Zavala-Lima R. Unconventional behavior management in children: Hypnosis, music therapy, audiovisual distraction and aromatherapy: A systematic review [Internet]. Redalyc.org. [Consultado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539370009.pdf>
83. Cruz C, Díaz-Pizán M. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev Estomatol Herediana. 2005; 15(1): 46-49
84. Álvarez I, Muñoz N. Cárdenas J. Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. Revista CES Odontología. 1998; 11(2): 13-20.
85. María J; Ferro T. Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. [Internet]. Acta Odontológica Venezolana. 2005.





- 
- 
- [Consultado el 2 de marzo de 2023]. 43(2). Disponible en:  
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/art-19/>
86. Cruz M;Quintero J; Fong E. Aplicación de la terapia Floral de Bach en niños con manifestaciones de temor y miedo [Consultado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en [http:// www.bvs.sld.cu/ revistas/](http://www.bvs.sld.cu/revistas/)
87. Ernst E. Flower Remedies: a systematic review of the clinical evidence. Wien Klin Wochenschr. 2002; 114(23-24):963-6.