



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA
FRENTE AL PACIENTE PEDIÁTRICO
CON SÍNDROME DE X FRÁGIL**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LILIANA GARCÍA HERNÁNDEZ

DIRECTORA: MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI FAMILIA:

Por que con nada podría pagarles el gran apoyo y ayuda que me brindaron, principalmente a mi Madre, que a base de su sacrificio contribuyo grandemente a realizar mi más grande sueño.

MTRA. LEONOR

Agradezco la paciencia, experiencia y conocimientos que me brindo para llevar a cabo la realización de mi tesina.

CON ADMIRACIÓN Y RESPETO
Por mi raza hablara mi espíritu.

LILIANA
2006



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. SÍNDROME DE X FRÁGIL	3
1.1 Concepto del Síndrome de X frágil	4
1.2 Prevalencia.....	6
1.3 Característica	8
1.4 Diagnóstico	15
1.5 Tratamiento	16
2. EL CIRUJANO DENTISTA FRENTE AL PACIENTE CON SÍNDROME DE X FRÁGIL	18
2.1 Ambiente odontológico	20
2.2 Odontólogo y personal Auxiliar	21
2.3 Actitud de los padres	23
2.4 Actitud del niño	26
2.5 Triángulo de interacción odontológica	29
2.6 Primera visita odontológica	30
3. COMUNICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA	32
3.1 Comunicación con los padres.....	32
3.2 Comunicación con el niño.....	33
3.2.1 Lenguaje pediátrico	36
3.2.2 Distracción	37
3.2.3 Ludoterapia	38
3.2.4 Control de voz.....	39
3.2.5 Técnica de la triple “E” (Explicar-Enseñar-Ejecutar)	39



4. MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	41
4.1 Refuerzos	41
4.2 Desensibilización.....	43
4.3 Imitación.....	44
5. TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO	46
5.1 Abrebocas.....	48
5.2 Mano sobre boca.....	49
5.3 Restricciones físicas.....	50
5.4 Consideraciones para utilización de estas técnicas.....	51
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA.....	57



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la actitud del Cirujano Dentista de practica general, ante un paciente que presenta *Síndrome de X frágil*, esto no nos dice mucho, pero es un síndrome que abarca muchas de las actitudes que pueden presentar algunos de los pacientes pediátricos, que se atienden en el consultorio dental, las cuales son: discapacidad intelectual (retardo mental), hiperactividad, falta de atención, autismo, falta de tono muscular, entre otras.

El Síndrome de X frágil es un trastorno a nivel cromosómico, en donde se encuentra que los individuos presentan un fragmento frágil en el cromosoma X, siendo la segunda causa de discapacidad intelectual hereditaria después del Síndrome de Down. Es un síndrome desconocido para la población en general, y no bien conocido para la mayoría de profesionales relacionados con la salud y la educación, por lo que su diagnostico suele ser tardío y a veces erróneo.

Uno de los problemas más frecuentes que presenta el Cirujano Dentista al brindar sus servicios pediátricos es el "miedo", ya que éste tipo de pacientes son más difíciles de atender, que un adulto y si a esto le agregamos que presentar características especiales, esto puede incrementarse.

Así mismo el niño en su primera cita odontológica puede presentar ansiedad por lo que seria necesario tener una plática antes con los padres, para que el profesional se familiarice con el paciente y en el momento de tener contacto con él, tenga la suficiente confianza para poder llevar a acabo el tratamiento.



Al enfrentar a niños con este tipo de características, se pueden utilizar diferentes técnicas teniendo en cuenta que cada paciente es único y especial.

Algunas de las técnicas para la obtención de la cooperación del niño en el tratamiento dental, son: la distracción, control de voz, ludoterapia entre otras, pero una de las más utilizadas es la de la triple "E" en esta, se debe de explicar al niño todo lo que va a realizar, con un lenguaje adecuado a su edad y estado emocional, ya que este tipo de niños entienden, aunque les cuesta más trabajo, la técnica consiste en decirle que se hará antes de realizarlo, mostrárselo y realizarlo tal cual se lo dijo, se dice fácil, pero la única arma que tendrá el profesional será la paciencia y la comprensión.

Existen algunos métodos un poco más agresivos en el que el niño tendrá alguna restricción física para no ser lastimado y poder realizar el procedimiento.

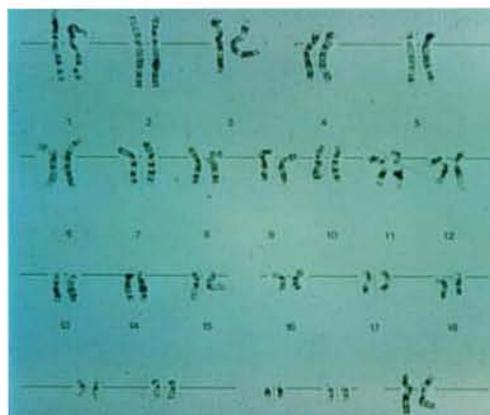


1. SÍNDROME DE X FRÁGIL

Las características de la herencia son determinadas por los genes (factor hereditario que constituye una unidad simple de material hereditario) que se encuentran en los cromosomas (estructura que contiene a los genes), existen 22 pares de cromosomas y uno sexual que presentan ciertas peculiaridades que derivan precisamente de la diferencia entre la mujer y el hombre.

La mujer presenta dos cromosomas X, uno procede del padre y el otro de la madre y mientras que los varones presentan un cromosoma X y un cromosoma Y. Las peculiaridades de cada síndrome ligado a cromosomas sexuales dependen de cual de los cromosomas contenga el gen mutado y de si la acción del gen es recesiva o dominante. En ocasiones la herencia ligada al cromosoma X simula los rasgos autonómicos dominantes con limitación a un sexo, con diferencias entre ambos casos.¹

Cariotipo humano



www.xfragl.com/imagenes/crom1.jpg

¹ Lisker Rubén, Salvador Arrendares. Introducción a la Genética Humana. México .Manual Moderno. 2001. pp. 74 .75.



Un síndrome, es un conjunto de signos y síntomas que existen al mismo tiempo y que definen clínicamente un estado de enfermedad. En el caso del Síndrome de X frágil, la causa de estos síntomas viene dada por una anomalía en un cromosoma sexual X. Un tipo especial de retraso mental hereditario ligado al sexo ya fue descrito en los años cuarenta por Martin y Bell (1943) y posteriormente por Renpenning (1962), a partir de estudios clínicos de familias con diversos casos de retraso mental en varones.

El correlativo citogenético de esta enfermedad, descubierto por Lubs en 1969, fue definido como una fragilidad en el brazo largo del cromosoma X. El actual nombre de síndrome de X frágil lo introdujo G.R. Sutherland (1979). En 1991, un investigador de March of Dimes descubrió que el síndrome de X frágil está causado por una mutación en un gen llamado FMR-1 ubicado en el cromosoma X.

1.1 Concepto del Síndrome del X frágil

El Síndrome de X frágil es llamado también, Síndrome de Martin- Bell,² Síndrome del marcador X,³ Síndrome Fra X, Retraso mental cromosómico con un sitio frágil en el cromosoma X.⁴

² Lucas Fernando, Gómez Banus. Cognitive aspects in girls with fragile X syndrome EDEAx_f (Equipo Diagnostico, Evaluacion y Apoyo, Sidrome X Fragil), Madrid, España

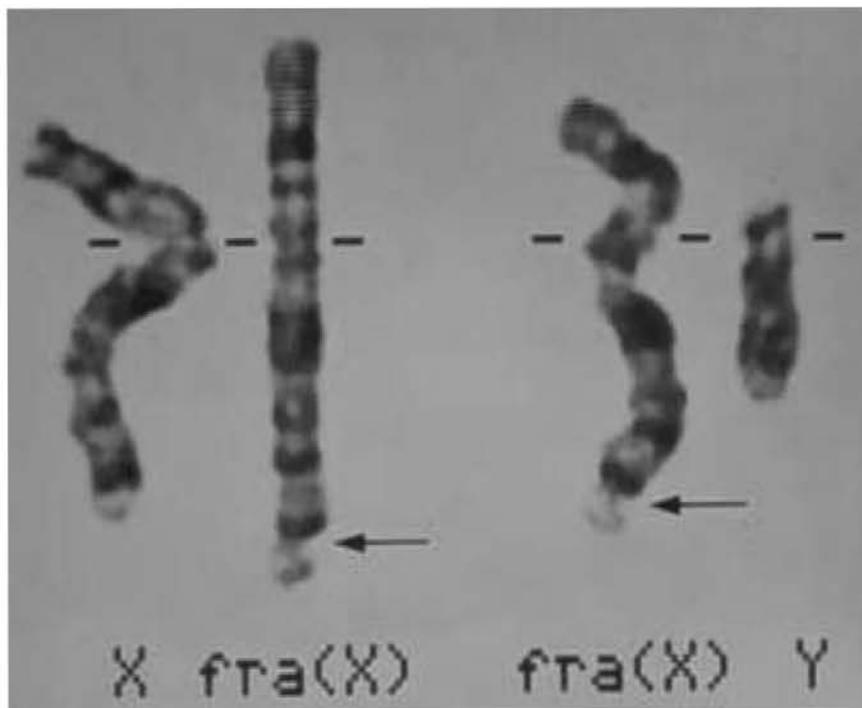
³ Gorlin Robert J. Síndromes of the head and neck. Third ed. Editorial. OXFORD MONOGRAPHS ON MEDICAL .1990 pp. 66,67.

⁴ Passarge Eberhard. Genética Texto y Atlas. 2ª Ed. México. Editorial Panamericana.pp. 396,397.



Es un trastorno a nivel del cromosoma X, donde se encuentra que los individuos presentan ciertas características mentales y físicas parecidas teniendo en su cromosoma X un fragmento frágil. Los sitios frágiles, son regiones de los cromosomas que muestran propensión a separarse o romperse por ciertas manipulaciones de la célula, el sitio frágil se encuentra ubicado en el extremo inferior del brazo largo del cromosoma X^{5 6} en la banda Xq 23.7.⁷

Cromosomas X con el sitio frágil



www.xfragl.com/imagenes/crom1.jpg

⁵ Salder T.W. *Embriología Médica con Orientación Clínica* 9ª ed. Argentina. 2004 pp 17.

⁶ Thompson Margeret W. Nclnnes Roderck R. y otros. *Genética en Medicina*. 4ª ed. Barcelona: Editorial MASSON. 1996 pp. 78,79.

⁷ Solari Alberto Juan. *Genética Humana*. 2ª ed. Buenos Aires Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2003. pp. 157



El gen (FMR-1) causante del Síndrome de X frágil normalmente codifica una proteína denominada FMRP-1 "fragile mental retardation protein-1", que es importante para la maduración de las sinapsis y el desarrollo de las intercomunicaciones neuronales.⁸

Si bien el Síndrome de X frágil es incuestionablemente ligado al X, no es posible asignarlo de manera inequívoca a la categoría dominante o a la recesiva, ya que las mujeres portadoras pueden presentar discapacidad intelectual o no, mostrando o no el lugar frágil en sus cultivos celulares.

1.2 Prevalencia

“El síndrome es la forma heredable más frecuente de discapacidad intelectual ocupando el segundo lugar, después del síndrome de Down “presentándose en mujeres con ciertas diferencias.”⁹

Las estadísticas de la afectación de varones con la mutación completa son variables dependiendo de la población estudiada, oscilan entre 1:1200 varones de la población general mientras que las mujeres afectadas con mutación completa es de aproximadamente 1:2500. Esto puede no parecer muy alarmante, sin embargo si lo es, si se estima que el número de portadoras es de una de cada 700 mujeres.¹⁰

⁸ Ib. pp. 157.

⁹ Ib. pp. 78

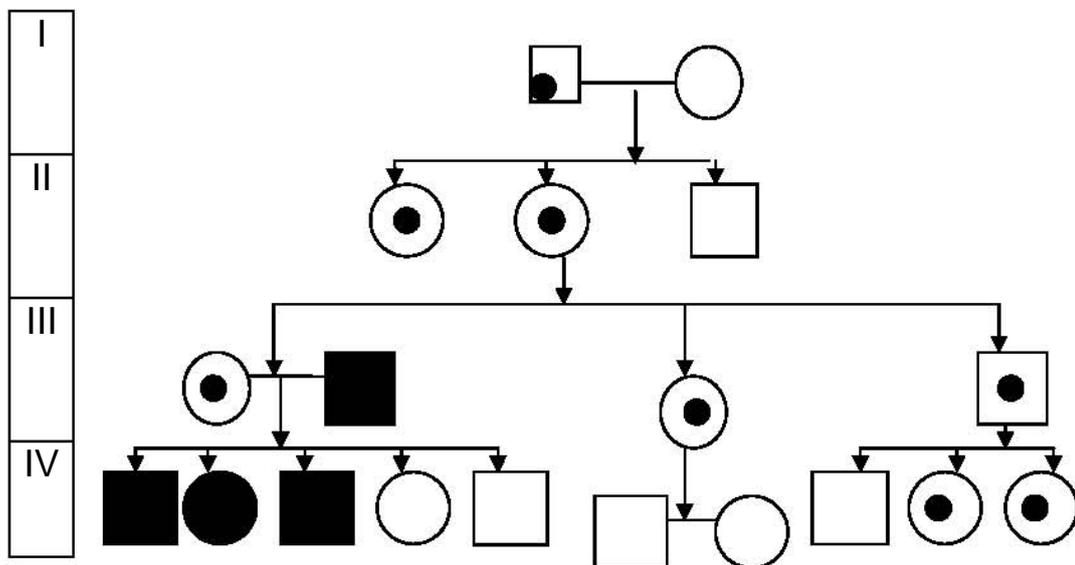
¹⁰ Solari Op. Cit pp. 156-159



La paradoja de Sherman establece: “La probabilidad de tener discapacidad intelectual, aumenta según el número de generaciones a través de las que se ha transmitido la mutación” La probabilidad de tener discapacidad intelectual, es mayor tanto para los hijos como para las hijas de madres afectadas así como para las mujeres que tienen hermanos¹¹

12

Patrón hereditario del Síndrome de X frágil



- VARÓN AFECTADO
- MUJER AFECTADA
- ◻ VARON PORTADOR
- MUJER PORTADORA
- ◻ VARÓN NORMAL
- MUJER NORMAL

Lisker Rubén, Salvador Arrendares. Introducción a la genética Humana. México .Manual Moderno. 2001. pp.74.

¹¹ Ib. pp. 158

¹² Pinkham JR. Odontología Pediátrica 2ª ed. México. Editorial. LATINOAMERICANA MC GRAW – HILL . 1996. pp.243.



1.3 Características

❖ Físicas

Las características físicas solo pueden servir como orientación, ya que no todas, están presentes en todos los casos ni con la misma intensidad,¹³ las cuales son:

- Región frontal algo protuberante.
- Facie alargada (cara alargada).
- Orejas agrandadas, frecuentemente con implantación baja.
- Paladar ojival (alargado y muy arqueado)¹⁴
- Iris de color azul claro¹⁵
- Leve prognatismo (proyección de la mandíbula hacia adelante).
- Macroorquidismo (aumento del tamaño testicular), unilateral o bilateral en solo el 40 % de los casos antes de la pubertad y el 75% en el adulto. Los testículos tienden a ser más suaves de lo normal.
- Hay hiperpigmentación del escroto y alargamiento del pene en más del 50%.
- Hipotonía (falta de tono muscular). A veces es el síntoma que motiva la consulta inicial. Es decir que el niño/a no tiene fuerza para mantenerse sentado o para ponerse de pie, otras veces tiene dificultad para tomar el pecho o para succionar la mamila.

¹³ Passarge. Op. cit. pp. 396,397.

¹⁴ Gorlin Op. cit. pp. 67.

¹⁵ Salder Op. cit. pp.17



Facies características



En el bebé

En el niño

En el adolescente

www.xfragil.org.br/.. . sindrome.Jpg
www.xfragil.com/ imágenes/ crom 1.jpg

En las mujeres es menos fácil identificar los rasgos físicos típicos, ya que tienen la cara larga y estrecha y las orejas grandes, asociado con el retraso en el aprendizaje o leve discapacidad intelectual. También se suelen dar, a veces hiperextensibilidad en las articulaciones y paladar ojival. Las mujeres portadoras muestran mayor fertilidad y una frecuencia mayor a tener gemelos, pero también una tasa más alta de abortos.¹⁶

¹⁶ Gorlin Op cit. pp. 67.



❖ Psíquicas

- Discapacidad Intelectual

Los niños con Síndrome de X frágil pueden presentar una discapacidad intelectual leve o moderada.¹⁷ Siendo que la discapacidad intelectual es definida por la Asociación Americana de Psiquiatría como un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el período del desarrollo que se encuentra asociado con el deterioro del aprendizaje y de la adaptación social y/o maduración y/o ambos.¹⁸ A esta clasificación tiene como criterio el cociente de inteligencia promedio (CI). El CI se obtiene dividiendo la edad mental (EM), que representa el nivel de realización, entre la edad cronológica (EC) y multiplicando el resultado por 100.

$$(EM) / (EC) \times 100 = CI$$

Basado en el método arbitrario de medición, la clasificación diagnóstica de discapacidad intelectual, se relaciona con el CI de la manera siguiente.¹⁹

¹⁷ Guizar. Vázquez. J. Jesús Diagnóstico y Manejo de las Enfermedades Hereditarias. México D.F.: Editorial Manual Moderno. 2001. pp. 402.

¹⁸ Lambert Jean-Luc. Introducción al Retraso Mental. Barcelona: HERDER. 1981. pp. 18.

¹⁹ Nowak Arthur J. D.M.D., M.A Odontología para el Paciente Impedido. Argentina: Editorial Mundi. 1979 pp. 5.



Clasificación de discapacidad intelectual.

Grado de discapacidad intelectual	CI
Fronterizo	68 - 83
Leve	52 - 67
Moderado	36 – 51
Grave	20 – 35
Profundo	Debajo de 20

Guizar. Vázquez. J. Jesús Diagnostico y manejo de las enfermedades hereditarias. México D.F.: Editorial Manual Moderno. 2001. Pp. 402

Las características de discapacidad intelectual de pacientes con Síndrome de X frágil.

- o Leve

Maduración y desarrollo (edad 0-5): Pueden desarrollar capacidades sociales y de comunicación presentando una discapacidad intelectual mínima en áreas sensorimotoras y a menudo no se distinguen de un individuo normal hasta una mayor edad.

Entrenamiento y educación (6-20): Pueden aprender académicamente hasta aproximadamente el nivel de sexto grado hasta el fin de la adolescencia, siendo guiados hacia una conformidad social llamándolos "Educables".



Adecuación social y vocacional (adultos + 21): Habitualmente pueden alcanzar capacidades sociales y vocacionales adecuadas con un mínimo de auto apoyo, pero pueden necesitar guía y ayuda en situaciones de tensión, social o económicas.

- Moderado

Maduración y desarrollo (edad 0-5): Puede hablar o aprender a comunicarse sobre la conciencia social, regulan su desarrollo motor con el beneficio del entrenamiento en autoayuda pudiendo ser manejados con supervisión moderada.

Entrenamiento y educación (6-20): Pueden beneficiarse con el entrenamiento en capacidades sociales y ocupacionales, teniendo dificultad en el progreso más allá del nivel de segundo grado en materias académicas, pero pueden aprender a viajar solos en lugares que sean familiares para ellos.

Adecuación social y vocacional (adultos + 21): Pueden alcanzar el automantenimiento en un trabajo de poca habilidad en condiciones de protección, pero necesitan supervisión y guía.^{20 21} Este tipo de niños pueden quedar etiquetados, estigmatizados de un modo permanente, siendo rechazados por los adultos y sobre todo por otros niños, excluyéndolos de experiencias esenciales para su desarrollo.²²

²⁰ Ib. pp. 42,43

²¹ Lambert Op. cit pp. 22.

²² Ib pp. 23



- Hiperactividad

Prestan poca atención teniendo dificultad para concentrarse en un sólo tema, su atención va desde un tema a otro de forma impulsiva, esta impulsividad se observa en su lenguaje, que es caracterizado por un pobre mantenimiento de temas, desorden de ideas y pensamientos comunicados de forma rápida e incomprensible. A menudo el diagnóstico se hace cuando el niño, se estudia debido a la hiperactividad o a la falta de lenguaje después de los dos años.²³

- Impulsividad

No esperan las cosas, las quieren inmediatamente, “primero hacen, y después piensan.

- Falta de atención

Notables problemas de concentración, no fijándose nunca en un juego o un trabajo durante el tiempo necesario.

- Ansiedad Social

Aversión a mantener contacto visual, evitando la mirada atenta de otros (particularmente cuando el niño se encuentra en situaciones muy estresadas).

- Imitación

²³ Ramos Fuentes Feliciano J. El Síndrome X frágil material educativo de la Fundación Nacional del X frágil de Estados Unidos. pp. 34



Tendencia a este tipo de comportamientos, a las frases insultantes y a un lenguaje muy grosero.

- Retención de memoria

Es generalmente reducida, pero puede ser excelente y conservarse por un período de tiempo largo, en algún tema en que el interés del niño sea primordial.

- Preferencia por las rutinas

Los niños pueden turbarse cuando las rutinas establecidas se rompen.

- Comportamiento repetitivo

Pueden darse comportamientos de aletear y agitar las manos o mordérselas.

La falta de contacto visual, la timidez o problemas de interacción social, los aleteos de las manos, son signos que se pueden confundir con casos de autismo. La diferencia entre el Síndrome de X frágil y el autista es que los primeros son extremadamente sociables y cariñosos aunque los rasgos autistas interfieran en la relación social.

Los niños con el Síndrome de X frágil, frecuentemente muestran estos modelos de comportamiento que tienden a moderarse a medida que se van haciendo mayores.²⁴ Sin embargo algunos varones afectados que presentan una discapacidad intelectual moderada, requieren protección durante toda su vida, mientras que las mujeres portadoras pueden estar afectadas en un grado leve.

²⁴ Ib. pp. 36



Los estudios genéticos moleculares recientes del gen ayudan a explicar por qué cerca de 20% de los varones con Síndrome de X frágil tienen, de manera inesperada, una inteligencia normal, mientras que sus descendientes siguen el patrón típico ligado al cromosoma X.²⁵

1.4 Diagnóstico

Un análisis de sangre permite identificar a las personas que padecen el síndrome o que son portadoras del trastorno. El análisis de sangre se envía a un laboratorio en el que se analiza el gen FMR-1 para determinar presenta la mutación. Este análisis puede realizarse en casi todos los principales centros médicos.²⁶

El médico puede recomendar el análisis si el niño presenta discapacidad intelectual, retraso en el desarrollo o autismo, especialmente si tiene rasgos físicos o de conducta característicos del síndrome, antecedentes familiares del mismo o de discapacidad intelectual de causa desconocida. Asimismo, el médico puede realizar el análisis a una mujer que desea quedar embarazada si tiene antecedentes familiares, discapacidad intelectual o si manifiesta posibles características del síndrome.

²⁵ Ib pp. 38

²⁶Horvath M. Timar L. Karcagi V. Czeizel E.. The importance of molecular genetic diagnosis of Martin-Bell disease in genetic counseling. Hungarian Journal Article *Orvosi Hetilap*. 138(9):541-5, 1997 Mar 2.



Algunas pruebas prenatales (como la amniocentesis y el análisis de vellosidades coriónicas) pueden determinar si el bebé de una madre portadora ha heredado la mutación total o no. No obstante, estas pruebas no siempre permiten determinar si un bebé tendrá discapacidad intelectual. Si bien casi todos los varones que heredan la mutación tienen discapacidad intelectual o dificultades de aprendizaje serias, esto solo ocurre entre un tercio y la mitad de las niñas aproximadamente.²⁷

1.5 Tratamiento

No existe un tratamiento específico para pacientes con Síndrome de X frágil. Los esfuerzos se concentran en la educación y entrenamiento para que los niños afectados puedan desempeñarse en el nivel más alto posible y dado que la afección es común, se han desarrollado y evaluado enfoques educativos específicos.²⁸

En la actualidad se plantea una actuación multidisciplinar en el tratamiento del Síndrome de X frágil, involucrando el diagnóstico temprano, la estimulación precoz del recién nacido, apoyo psicoterapéutico, logopedia, pedagogía y terapia ocupacional.²⁹

²⁷ Ib. pp. 3

²⁸ Ramos Fuentes Op cit. pp. 19.

²⁹ Ib pp. 20



Discapacidad Intelectual.



www.ctv. Es/USERS/igab/ indice. htm.com

Comportamiento





www.ctv. Es/USERS/igab/ indice. htm.com



2. EL CIRUJANO DENTISTA FRENTE AL PACIENTE CON SÍNDROME DE X FRÁGIL.

La practica odontológica en la actualidad no es la de hace tan sólo diez años, los pacientes son tratados hoy de modo muy diferente a como se hacía en el pasado.¹

El tratamiento odontológico es una de necesidades de salud para pacientes con Síndrome de X frágil ya que al no saber esperar cosas, presentar problemas de concentración, de contacto visual, al distraerse e ignora las explicaciones, resulta más difícil que el Cirujano Dentista obtenga la atención adecuada al momento de efectuar tratamientos,² así como métodos preventivos.

Para que los niños aprovechen al máximo sus capacidades, es importante que estén sanos. Muchos autores opinan que la atención odontológica correcta para este tipo de personas es inadecuada o descuidada ya el Cirujano Dentista puede presentar diversas situaciones:

- Los Odontólogos de práctica general son renuentes a tratar al paciente con características diferentes en sus consultorios privados solo por el hecho de tener “miedo”.

¹ Little James W. Falace Donald W. Odontología en Pacientes con Patología. Barcelona. 1986.pp. 29

² Nowak Op cit. pp. 3.



-
- Los programas de estudios no incluyen experiencias clínicas en el manejo de este tipo de pacientes especiales.
 - Existe falta de información sobre las necesidades odontológicas del paciente.³

Es muy importante que el odontólogo mismo esté convencido de su propia capacidad para tratar al paciente pediátrico especial dentro de los límites de un consultorio odontológico típico. Se pueden utilizar técnicas con las que este familiarizado, aunque se pueden modificar en algunos casos, si estas lo requieren. Se ha dicho que el manejo eficaz de estos pacientes implica más un cambio de “actitud” que de técnica.

El tratamiento exitoso de cualquier paciente comienza con la formulación de una filosofía de un manejo general dentro del consultorio. Aunque el paciente especial (Síndrome de X frágil) constituye un porcentaje relativamente pequeño del total de pacientes atendidos un consultorio dental, es importante que todo el personal esté psicológicamente y técnicamente preparado para llevar a cabo el tratamiento para este tipo de pacientes.⁴

³ Ib. pp. 3

⁴ Ib. pp. 137.



2.1 Ambiente odontológico

Para un niño con Síndrome de X frágil el ambiente odontológico contiene una gama de eventos adversos, tales como gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas atemorizantes⁵ por lo que existen una gran gama de manifestaciones emocionales que se desarrollan paralelamente con su estado físico y su personalidad.⁶

Los niños que se encuentran en un ambiente agradable aunque este sea desconocido, presentan menor ansiedad (respuesta emocional del ser humano a lo desconocido). De allí la necesidad de disminuirlo por lo que es, conveniente presentar un ambiente odontológico agradable y seguro.⁷

❖ Sala de Espera

La sala de espera debe ser luminosa, agradable, alegre y cálida, en donde el niño pueda sentirse relajado y contento, donde pueda encontrar aditamentos con que distraerse tales como: cuentos, juguetes, libros para pintar, televisión o cualquier juego recreativo, que el odontólogo pueda proporcionarle.⁸ Ya que es donde el niño experimenta un incremento de ansiedad, por esta razón, no hay que dejarlos esperando demasiado tiempo.⁹

⁵ Catedráticos de Odontología Pediátrica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Caracas. Editorial: DISINLIMED. 1996. pp. 21.

⁶ Castillo Mercado Ramón. Manual de Odontología Pediátrica. Caracas Venezuela. Editorial ACTUALIDADES MEDICO ODONTOLOGICAS LATINOAMERICA. 1996. Pp.22.

⁷ Ib. pp. 21

⁸ Nowak Op. cit. pp.19.

⁹ Van Waes hubertus, Stöckli Paul W. Atrás de Odontología Pediátrica. Ed. MASSON. Barcelona.pp. 151-154.



Dentro del consultorio se deben de suavizarse los aspectos clínicos, manteniendo fuera de la vista del niño instrumentos, aparatos, jeringas, entre otras muchas cosas que al niño le pueda causar ansiedad.

Los accesorios dentro de un consultorio pueden ser de gran utilidad para distraer su atención ¹⁰ y sea mucho más factible la aceptación del tratamiento, pero sin duda ofrece una mejor posibilidad, si se tiene un equipamiento mas sencillo y no sofisticado, que le cause extrañeza, este debe de ser de fácil manejo e interpretación para el niño, lo que le permitirá poder establecer un diálogo sobre lo que ve y así poder empezar a tener comunicación con el profesional. La apariencia general del consultorio y del equipo auxiliar deberá adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico y al mismo tiempo cuidar el gusto y confort del paciente adulto.¹¹

2.2 Odontólogo y personal auxiliar

Para el odontólogo, el tratamiento con niños es una de las tareas con mayor nivel de exigencia, y para mucho constituye un factor de estrés superior al trato con los adultos. ¹²

¹⁰ Nowak Op. cit. pp. 19.

¹¹ Barber Thomas K. Luke Larry S. Odontología Pediátrica. México D.F: Editorial El manual Moderno. pp. 2.

¹² Van Waes Op. cit. pp. 151.



Los métodos que utilice para abordar y tratar al niño, sobre todo con Síndrome de X frágil, son determinantes. La responsabilidad y actitud que deberá de tener se vera reflejada en las reacciones y actitudes del niño ante la consulta dental,¹³ tratando de conseguir una buena predisposición del niño al tratamiento, a través de un proceder adecuado a su nivel intelectual y su edad.¹⁴

El odontólogo que atiende a este tipo de niños o con cualquier otra alteración a nivel de conducta, deberá de gustarle hacerlo, ya que debe de comportarse de una manera totalmente, paciente, cariñosa y amable mostrando una gran empatía por su paciente, siendo capaz de ganarse su confianza¹⁵ para poder obtener un buen comportamiento de su parte.

El profesional debe de tener seguridad en si mismos y en las actividades que realiza, ya que el niño puede ser capaz de percibir la más mínima muestra de inseguridad, por lo que se vería afectada su confianza y se podría obtener una conducta inapropiada¹⁶ ya que este tipo de niños son mas susceptibles, a un ambiente que altere su rutina.

Para captar la atención de un niño especialmente comprometido a nivel social debemos encontrar palabras que el entienda, así como expresiones, gestos, juegos para que el niño se vea influenciado notoriamente en el tratamiento que se le va a efectuar, siendo así el objetivo principal del odontólogo en el tratamiento, el brindar la mejor atención posible a cada paciente, de acuerdo con sus necesidades.

¹³ Nowak Op. cit. pp. 19.

¹⁴ Van Waes Op. cit. pp.151

¹⁵ Nowak Op. cit. pp. 19.

¹⁶ Ib. pp. 21



El Personal auxiliar debe seguir los mismos lineamientos que el odontólogo, por lo que un entrenamiento al respecto es importante para la efectividad del trabajo en equipo.^{17 18} El papel del personal auxiliar lo podemos dividir en tres áreas principales:

1. Como ayuda para el odontólogo en el tratamiento directo hacia el paciente.
2. Como una fuente de información para el niño y sus padres respecto a la prevención y otros aspectos del tratamiento.
3. Como parte de la comunicación entre el niño y los padres.

Sería muy difícil, si no imposible, para el Cirujano Dentista, atender a un paciente con discapacidad intelectual sin la ayuda de su personal auxiliar técnicamente capaz y psicológicamente sensible, quizás el aspecto más importante es como facilitador del trabajo y la comunicación.¹⁹

2.3 Actitud de los padres

Los padres son tan importantes durante la adaptación de un niño con Síndrome de X frágil, ya que si nosotros como profesionales rompemos su entorno se puede dificultar más su atención ya que somos personas desconocidas para él.²⁰

¹⁷ Boj J.R Catalá M. y otros. Odontopediatría. España. Editorial MASSON. 2004. pp. 263.

¹⁸ Catedráticos Op. cit. pp. 21.

¹⁹ Nowak Op cit. pp.199

²⁰ Nowak Op. cit. pp. 55



Cuando están bien orientados y pasivos, pueden permanecer dentro del consultorio, si percibimos que pueden traer mayor seguridad para el niño, sin que el profesional ceda demasiado,²¹ existen diferentes actitudes de los padres dentro de un entorno odontológico y esto se ve reflejado en el comportamiento de cada niño.

❖ Padres sobre protectores

Se caracteriza por el sobre cuidado del niño, esta actitud retrasa un más la maduración psicológica del niño con Síndrome de X frágil, ya que se ve acompañado de dominancia siendo que el niño será un paciente más colaborador, aunque puede ser aun más difícil de establecer comunicación con él.

❖ Padres sobre indulgentes

Se caracterizan por presentar pocas restricciones sobre la conducta del niño, viéndose aun más afectado, ya que para un niño normal sería un niño "sin limites" pero si agregamos el cuadro psicológico que presentan los niños con Síndrome de X frágil, puede ser pacientes mucho mas difíciles ya que muestran berrinches y conductas más agresivas de lo normal logrando dominar la situación.

²¹ Figueiredo Walter L.R de. Ferelle Antonio y cols. Odontología para el Bebé. Caracas Venezuela: Editorial ACTUALIDADÉS MÉDICO ODONTOLÓGICAS LATINOAMÉRICA. 2000. pp. 10.



❖ Padres con carencia afectiva

Se caracterizan por una falta de afecto hacia el niño, que varía desde una despreocupación o indiferencia, hasta un descuido total. En la consulta odontológica se muestran extremadamente más tímidos de lo que el Síndrome ya trae consigo, lloran fácilmente y pueden mostrarse reacios a colaborar mucho más con personas extrañas a él.

❖ Padres indiferentes

Esta actitud se caracteriza por manifestar descuido hacia el niño, quien es sometido a frecuentes castigos y regaños. Suelen ser pacientes difíciles, por lo que requieren afecto y comprensión por parte del odontólogo.

❖ Padres autoritarios

Se caracterizan por tener una actitud donde predomina la imposición de la autoridad mediante el castigo o el ridículo verbal, este tipo de niño están acostumbrado a obedecer órdenes.^{22 23 24}

²² Lambert Op. cit. pp.26.

²³ Mc Donald Ralph E. Avery David R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ed. 6^a Madrid. Mosby/Doyma libros.1995. pp. 123.

²⁴ Catedráticos Op. cit. pp.22-25



Las condiciones de cada niño determinan el estilo de vida de un individuo y afecta a su familia hasta el punto en que el niño con Síndrome de X frágil, o cualquier afección psicológica, se convierta en el factor central o dominante en la vida familiar, recibiendo atenciones constantes debido a su estado.

Los padres de un niño con estas características pueden volverse sobre protectores y tratar de evitar riesgos que la cita odontológica implica, las actitudes encontradas en experiencias odontológicas previas, con frecuencia, dan al padre renuente amplia justificación para el descuido del tratamiento odontológico.²⁵

2.4 Actitud del niño

En la actitud de un niño se debe tomar en cuenta tanto su edad psicológica como la fisiológica, con esto el odontólogo podrá comprender y alcanzar un nivel razonable de comportamiento de su parte.²⁶

No existen muchos estudios que correlacionen el coeficiente intelectual con la ansiedad y la conducta en el ámbito dental, parece que los niños con menor CI sienten más miedo hacia el profesional,²⁷ siendo que el niño tiene una variada gama de manifestaciones emocionales que se desarrollan paralelamente con su físico y su personalidad, estas manifestaciones se presentan en distintas etapas de su vida y pueden ser exacerbadas o moduladas, teniendo en cuenta factores de su medio ambiente.

²⁵ Nowak Op. cit. pp. 200.

²⁶ Castillo Op. cit. pp. 22-61.

²⁷ Barbería Le-ache Elena, Boj Quesada J. R. y otros. Odontología Pediátrica 2^a. ed. Barcelona: Editorial MASSON 2001. pp. 115-125.



Muchas de las actitudes del niño al tratamiento odontológico son el resultado de una serie de variables de su ambiente y del medio en que se desarrolla física y psicológicamente siendo algunas de ellas las siguientes:

1. La influencia de los padres.
2. La influencia de los hermanos y otros familiares
3. La influencia de la escuela, maestros y amigos
4. La influencia de la información de radio y televisión
5. La influencia a nivel psicológico
6. La influencia de antecedentes previos: médicos-odontológicos.^{28 29}

Se pueden observar comportamientos y actitudes dentro del consultorio por parte del niño que pueden ser útiles para el Cirujano Dentista. Algunas de estas actitudes dentro del consultorio dental se despliegan a continuación.

²⁸ Chiva Matty. El diagnóstico de la Debilidad Mental. 2ª ed. Madrid.: Editorial Pablo del Río Editor. 1973. pp. 37- 49.

²⁹ Castillo Op. cit. 'pp. 29.



GUSTOS

- Sala de espera interesante.
- Música funcional.
- Ser llamados por su nombre.
- Que el Cirujano Dentista hable mientras trabaje.
- Explicar los procedimientos odontológicos por parte del profesional
- Mirar en un espejo, mientras el odontólogo trabaja.
- Tener una señal para que el odontólogo deje de fresar
- Que se le diga que ha sido buen paciente.
- Un regalo (juguete) compensatorio.

DISGUSTOS

- Que se le haga esperar.
- Una sala de espera no atractiva.
- El olor del consultorio o del aliento del Cirujano Dentista.
- Los rollos de algodón.
- El fresado.
- La luz operatoria en los ojos.
- Las mentiras sobre los procedimientos dolorosos.
- Que se burlen de él.
- Ser reprendido por el odontólogo.
- Que se le hagan preguntas cuando la boca esté abierta.
- Ser comparados con otros niños.
- Informes desagradables a los padres.³⁰

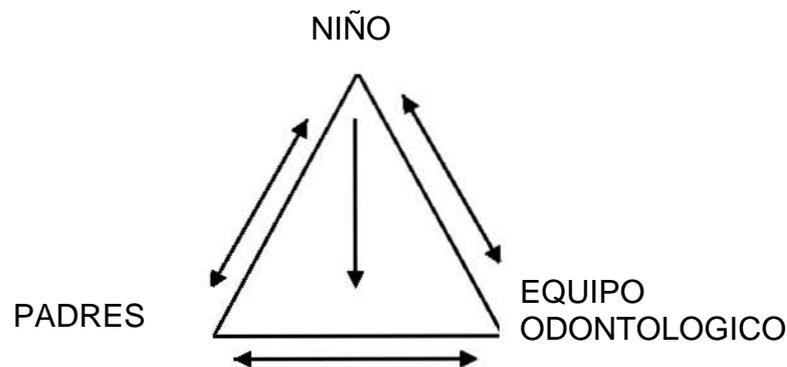
³⁰ Ib pp.33



2.5 Triángulo de interacción odontológica

Teniendo en cuenta todos estos factores podemos determinar que el buen comportamiento de un niño con o sin patrones síndromicos, no solo depende del niño, sino de parte de sus padres y principalmente de parte del profesional.

Triangulo de interacción odontológica



Mc Donald Ralph E. Avery David R. Odontología Pediátrica y del adolescente. Ed. 6ª Madrid. Mosby/Doyma libros.1995. Pp. 33.

Obsérvese que el niño figura en el vértice del triángulo, presentando el foco de atención tanto de la familia como del personal de la consulta odontológica. Siendo así el objetivo del odontólogo alentar a los familiares y al niño sobre la preocupación por su boca y un mejoramiento en la salud dental.^{31 32}

³¹ Mc Donald Op. cit. pp.123.

³² Castillo Op. cit. pp. 33.



2.6 Primera visita odontológica

La primera visita probablemente sea una de las más importantes de todo el tratamiento, por la elaboración del diagnóstico y plan de tratamiento. Antes de tener algún contacto con el paciente; en una cita aparte con los padres, se deberá realizar una historia clínica (relación ordenada de datos personales y familiares, tanto anteriores como actuales) completa para así conocer completamente al paciente tanto en sus problema psicológicos como sistémico, al mismo tiempo se tendrá que firmar el consentimiento informado (documento de común acuerdo entre el paciente y el profesional donde se acepta los riesgos y beneficios para llevar a cabo el tratamiento) para que los padres se encuentren más tranquilos, así como el profesional.³³

Debido a que una característica importante de los niños con Síndrome de X frágil es la tendencia a las rutinas, intentando siempre que todo sea idéntico, será necesario concederles varias visitas antes de iniciar cualquier exploración o tratamiento, se podría sugerir como una primera visita donde exclusivamente el niño y los padres conozcan la clínica y su personal,³⁴ para que en otra cita ya se introduzca al niño dentro del consultorio para llevar a cabo la revisión clínica, se debe de considerar el grado de ansiedad que suelen presentar los padres y el niño, un consejo útil es programar mayor tiempo de lo habitual para la visita y citarlos en la primera hora; de este modo el odontólogo estará más descansado y dispondrá del tiempo suficiente para hablar y comunicarse con ellos.

³³Medrano Morales Juan, Pérez Mata Franco Alberto. Expediente Clínico Odontológico. Cómo elaborarlo, integrarlo, manejarlo y archivarlo conforme a la normativa: Editorial. Trillas. 2005. pp. 25,41.

³⁴ Ib pp. 473.



En esta consulta es de gran interés evaluar la relación del niño con su familia y el grado de ansiedad que presenta. Para el tratamiento lo más importante es conocer los problemas emocionales de este tipo de niños y de sus padres, sabiendo encausar esas emociones para lograr un comportamiento lo más idóneo posible, con el fin de que las procedimientos dentales sean lo más agradable posible para todos. Si se actúa de esta forma, muchos de los pacientes, sobre todo los que padecen discapacidad intelectual de grado leve, podrán ser tratados por el odontólogo sin mucha dificultad. ³⁵

Los niños con Síndrome de X frágil con frecuencia tienen problemas de comunicación, por lo que es importante estar atento a lo que dicen, a sus expresiones y gestos, ya que les cuesta trabajo atender, aceptar y seguir instrucciones del odontólogo ya que representa una figura de autoridad y este tipo de pacientes rechaza a las autoridades desconocidas para él.

Aunque el grado de atención de estos niños es escaso, siempre se debe intentar que comprendan las explicaciones. Para ello es necesario hablar despacio y utilizar una terminología sencilla, para poder obtener una respuesta positiva, se les puede ofrecer diversos estímulos y contrastes como someterlo a sabores, colores, luces, sonidos, etc.

Para aumentar la motivación de los padres y reducir el grado de inseguridad del niño, es importante que los padres pasen al gabinete dental y colaboren en el tratamiento, así como la utilización de visitas de corta duración, empezando por los tratamientos más sencillos e ir introduciendo progresivamente los complejos.

³⁵ Boj. Op. cit. pp.473.



3. COMUNICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA

Para poder entender que como se lleva a cabo una buena comunicación con los padres y con el niño primero hay que definir la comunicación, siendo un proceso en el cual el emisor transmite un mensaje a través de un canal a un decodificador que recibe el mensaje para interpretarlo y regresar una respuesta.¹

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta, el odontólogo y su equipo deben desarrollar sus propias habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal; estableciendo un contacto visual y corporal, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona, la conversación debe ser natural y agradable, interesando al odontólogo sobre los gustos y actividades del niño.²

3.1 Comunicación con los padres

La comunicación con los padres siempre debe de ser lo más directa, posible (sin intermediarios) Odontólogo – padres para que el mensaje no tenga ninguna alteración y no pueda existir alguna confusión por parte de ellos, que pueda ocasionarle problemas al Cirujano Dentista.

¹ Guajardo Horacio. Teoría de la Comunicación Social. 4ª Edición. Ed. Mc Graww –Hill. México pp. 9 -18.

² Barbería Op. cit. pp. 125.



Antes de realizar cualquier tratamiento o procedimiento en niño se tendrá que informar a los padres (acompañante), que permanecen fuera del consultorio, ya que sin la autorización correspondiente (consentimiento informado), no se podrá llevar a cabo algún procedimiento por muy fácil que este sea.

Algunos de los padres desean permanecer dentro del cubículo en el momento del procedimiento pero esto puede dificultar la comunicación ya que:

- Los padres con frecuencia repiten las órdenes, dificultando la comunicación tanto al odontólogo como al niño.
- Los padres agregan órdenes, convirtiéndolo en una barrera para la comunicación entre el odontólogo y el niño.
- El odontólogo se ve imposibilitado de usar entonación de la voz, en presencia del padre o la madre, por que éstos pueden mortificarse.
- El niño divide su atención entre el padre y el odontólogo.
- El odontólogo divide atención entre el niño y el padre.³

3.2 Comunicación con el niño

La comunicación con pacientes que presentan Síndrome de X frágil es equivalente a personas normales, pero más jóvenes de la edad que aparentan, por esto es necesario explicar más enfáticamente sin descuidar el entorno en el que se encuentran.⁴

³ Castillo Op. cit. pp. 34

⁴ Lambert Op. cit. pp. 152.



El lenguaje que podemos utilizar con este tipo de niños se puede dividir en cuatro categorías: física, gestual, verbal y modelado, para el Cirujano Dentista podrían aplicarse una o varias según las necesidades del niño.

❖ Comunicación física

Se le llama así cuando proporcionamos la ayuda necesaria al niño para completar su tarea. Sugiere que el dentista o el asistente tome con sus manos las manos del niño y le acompañe de este modo en la realización de la tarea, y así el niño sentirá por su parte la acción realizada.⁵

EJEMPLO: Sentarse en el regazo, palmear la cabeza, el hombro o la espalda, apretón de manos, sostener la mano, abrazar, tocar, técnica de cepillado.⁶

❖ Comunicación gestual

Este tipo de comunicación consiste en indicaciones, donde por medio de señales hacia el sillón dental, apuntando con el dedo el asiento y atraer la atención del niño con golpecitos en el respaldo cuando se quiere que se acerque y se siente en él. El niño verá que es lo que se le pide.⁷

EJEMPLO: Sonreír, guiñar el ojo, parecer interesado.⁸

⁵ Molina García Santiago. Deficiencia Mental. Editorial Ediciones ALJIBE. 1994. pp. 260

⁶ Castillo Op. cit. pp. 39

⁷ Molina Op cit. pp. 260

⁸ Ib. pp. 39.



❖ Comunicación verbal

Consiste en instrucciones sencillas dadas con palabras, le sirve al profesional para iniciar una comunicación por pronunciando primero el nombre del niño y a continuación dando instrucciones breves y sencillas por parte.⁹

EJEMPLO: Beto bien, eso está bien, excelente, gracia por tu ayuda, exactamente, buen trabajo, buena idea, gracias, eso es interesante, eso es ingenioso.¹⁰

❖ Comunicación por imitación

Este tipo de comunicación consiste en hacer al niño una demostración, para que vea las acciones que se quiere que él realice, se puede aplicar cuando el niño posee capacidad imitativa¹¹ siendo esta una de las características que presenta los niños con Síndrome de X frágil.

EJEMPLO: Caminar juntos, comer juntos, jugar juntos, hablar y/o escucharse uno el otro por un rato.¹²

Todos los tipos de comunicación mencionados no se pueden utilizar solos se tienen que utilizar combinadas para una mejor comunicación de parte del Cirujano Dentista hacia un niño con Síndrome de X frágil.¹³

⁹ Ib pp. 261

¹⁰ Castillo Op. cit. pp.39

¹¹ Molina Op. cit pp. 261

¹² Castillo Op. cit. pp. 39

¹³ Lambert Op cit. 'pp.154



3.2.1 Lenguaje pediátrico

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo, debe ser un lenguaje que pueda entender donde se pueda sustituir por expresiones moderadas o eufemismos (radiografía/foto), donde puedan ser utilizados objetos y situaciones familiares; explicando los procedimientos de forma que sean entendibles para el niño, pero sin engañarlo acerca del tratamiento.

Es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero sin alardear ya que el niño podría incrementar su ansiedad. El niño aún con problemas de discapacidad intelectual se siente alabado si se le juzga mayor ¹⁴ sintiéndose que es un paciente muy especial, ¹⁵ considerando, que cada edad requiere una adaptación adecuada del lenguaje a utilizar. ¹⁶

Podemos percibir que el mensaje enviado por parte del profesional ha llegado al paciente, si llegamos a determinar que el niño ha comprendido este. La comprensión de acuerdo a Carrow la podemos dividir en tres niveles:

1. *Nivel Sensación*: Es la reactividad del organismo a los estímulos visuales, auditivos, táctiles y cinestésicos.

¹⁴ Boj Op. cit. pp. 457

¹⁵ Van Waes Op. cit. pp.152.

¹⁶ Boj Op. cit. pp. 471.



2. *Nivel Percepción:* Es el nivel mas importante y el más difícil de instalar en estos niños, se refiere percepciones de modalidades sensoriales únicas, (fondo – figura) como, forma, color, percepción del tiempo, sonidos espacio dirección, distancia y a percepciones intermodales: (visuo – táctiles) como letras- sonido simples y en sucesión.
3. *Nivel Comprensión:* Símbolos no verbales, asociación auditivas, visuales obteniendo la comprensión del lenguaje (estructura semántica)¹⁷

3.3.2 Distracción

La podemos definir como un elemento activo y que al igual que el lenguaje del Cirujano Dentista debe surgir con naturalidad para desviar la atención del niño a un determinado procedimiento. El objetivo de este método es la disminución de la percepción de una acción desagradable, viéndose aumentada la tolerancia del niño.

Se puede interesar al niño por temas ajenos al tratamiento (programas de televisión, juguetes, música, o algo que le interese), o simplemente la utilización de otros medios como pudiesen ser los juegos.¹⁸

¹⁷ Lambert Op. cit. pp.149

¹⁸ Boj Op. cit. pp. 264



3.2.3 Ludoterapia

En la psicología el juego infantil sano representa infinidad de posibilidades pedagógicas y terapéuticas que ayudan a superar diferentes problemas educativos (hiperactividad, autismo, discapacidad mental, etc.), pudiendo utilizar el juego como un medio de educación, para dejar llevar sus fantasías y poder empezar a poner metas a sus propias acciones.

“En la consulta, el juego se utiliza principalmente como elemento terapéutico para eliminar tensiones y miedos mediante la distracción del niño, lo que hace perder la seriedad a la situación dental”.¹⁹

El juego lo debe iniciar el profesional, utilizando marionetas, caleidoscopios, juguetes electrónicos, etc., llevando acabo así el proceso de la comunicación, haciendo que se facilite la captación de la atención del menor, uno de los momentos idóneos es al aplicar la anestesia local; claro esta que este depende de la edad del niño y su nivel de madurez, así como esto se severa relacionado con la participación del profesional.²⁰

¹⁹ Ib. pp. 264.

²⁰ Ib pp. 265



4.2.4 Control de voz

Esta técnica, el odontólogo es cuando adopta una actitud autoritaria,²¹ teniendo como objetivo restablecer la comunicación que se ha perdido por una conducta no colaboradora por parte del paciente (Síndrome de X frágil). Es muy razonable para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento en que se inician o cuando ya están establecidas.

Esta técnica consiste en el cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del menor, remarcando las intenciones del profesional, lo más importante de esta técnica es el tono de voz, la expresión facial, haciendo que el mensaje transmita la misma información, cuando se capta la atención del niño, se agradecerá su colaboración y la interrupción de su mala conducta, dándole las explicaciones e instrucciones necesarias de manera suave y agradable.²²

3.2.5 Técnica de la triple “E” (Explique-Enseñe-Ejecute)

En la literatura anglosajona se conoce clásicamente por Tell–Show–do (TSD)²³ pero habitualmente es conocida como la técnica Decir–Mostrar–Hacer, que fue introducida por Addelston en 1957.²⁴ Esta es la técnica pilar dentro del control de conducta dentro del consultorio dental.

²¹ Barbería Op. cit. pp.130.

²²Boj Op. cit. pp.. 264

²³ Barbería Op cit. pp.129.

²⁴ Barber Op cit. pp.14.



Es basada en una recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al paciente con Síndrome de X frágil y niños psicológicamente normales mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental. Llevando a cabo los siguientes pasos:

1. **EXPLIQUE:** Decir al niño lo que se va a efectuar con el fin de reducir la ansiedad y el miedo
Ejemplo: Voy a limpiar tus dientes con un cepillo especial, puedes ver que cuando yo aprieto este botón gira, y con la pasta dejará tus dientes riendo de limpios.
2. **ENSEÑE:** Se muestra al niño cómo se va a llevar a cabo la técnica.
Ejemplo: Puedes, si quieres, tocar este cepillo que es blando y si me dejas tu mano veras que da vueltas y es agradable, además causa que tus dientes ríen de las cosquillas que les hace.
3. **EJECUTE:** Se debe efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.
Ejemplo. ¡Ah! ahora deja hacer reír a tus dientes para que estén limpios, Gracias. ²⁵

²⁵ Boj Op. cit. pp.256.



4. MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado varias técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes, usando principios establecidos experimentales en la teoría del aprendizaje. Estos métodos han sido denominados técnicas de modificación de la conducta.

La finalidad es evitar conductas negativas, haciendo que el comportamiento individual negativo se elimine, llevándolo hacia un comportamiento ideal deseado de forma gradual. Para ello se debe establecer una comunicación entre el profesional y el paciente, marcando inicialmente un objetivo y añadiendo las explicaciones necesarias para aproximarnos a él, y así sucesivamente. Para poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de conducta se requiere tiempo y paciencia por parte de quien las aplica.

4.1 Refuerzos

Los defensores de la teoría del aprendizaje social del desarrollo infantil creen que el comportamiento del niño es el reflejo de las reacciones a las recompensas y castigos en su medio ambiente, y que la aprobación obtenida, en primera instancia por parte de sus padres y después de su entorno, son formas importantes de recompensa.^{1 2}

Dichas técnicas, pueden ser aplicadas en el campo de la odontología, donde es preciso que el Cirujano Dentista muestre la aprobación durante el tratamiento efectuado, siempre que el paciente

¹ Ib. pp. 457

² Barbería Op. cit. pp.130



(Síndrome de X frágil), reaccione de manera positiva, expresando verbalmente por medio de elogios o con expresiones faciales de agradecimiento. Para que resulte efectivo, siempre se ha de otorgar después de producido un buen comportamiento (refuerzo positivo).

El premio es otra de la forma de recompensa que se proporcione como una señal de aprobación y no como medio de soborno hacia el niño. Tampoco deben entregarse al final de la visitas si la colaboración no ha sido la adecuada o esperada, pues se vera reforzada su mala conducta, y el paciente no entenderá que se espera otro tipo de actitud, que sea más favorable.

Si el niño evita completar el tratamiento planeado, teniendo que devolverlo con su madre se reforzaría una la conducta negativa, sería preferible mantenernos inmutables y pretender simular que se concluye el tratamiento. Aunque sea para finalizarlo en otra cita y retirar la aprobación u otras formas de recompensa, pero nunca mostrar coraje o ridiculizar la conducta del menor.³

Por otra parte otros autores dicen que al final de cada sesión, e independientemente de su comportamiento, se permite que el niño escoja un “regalo” de una caja llena de juguetes. No se trata de una recompensa, sino de un regalo de amistad⁴ pero se debe de tratar estrictamente como un regalo no como un premio.

³ Boj Op. cit. pp. 467

⁴ Van Waes Op. cit. pp.151-154.



4.2 Desensibilización

Es una de las técnicas usadas con más frecuencia por los psicólogos en el tratamiento de los temores, fobias y ansiedades innecesarias, siendo una de los métodos más efectivos y más utilizados.⁵

La técnica generalmente incluye enseñar métodos de relajación al paciente y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos. Las escenas imaginarias, han de ser presentadas de forma gradual, de manera que poco a poco se introducen situaciones cada vez más próximas al objeto temido. La desensibilización es efectiva, porque el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada mediante relajación.

Es importante conocer la base del temor infantil, y a partir de aquí romper los vínculos entre éste y los condicionantes que provocan el miedo, pues evitan que el paciente contacte con la realidad, lo cual sirve para reforzar conductas negativas.

Se puede exponer al niño a situaciones en las que las posibilidades de que el miedo y la ansiedad disminuyan y/o aumenten, por que el niño contacta con la realidad. Variaciones de las técnicas clásicas son muy útiles en el tratamiento de pacientes pediátricos, ni la presentación de situaciones imaginarias ni la total relajación muscular son necesarias para obtener desensibilización simplemente consistirá en explicarle algo así como “Este es mi cepillo especial para dejar tus dientes brillantes”⁶ Y dejarle tocar el cepillo de profilaxis, mostrando en su uña, antes de

⁵ Barbería Op. cit. pp. 131.

⁶ Ib pp. 266



aplicarlo en sus dientes así el niño descubre que el dolor que había anticipado no existe, y sus miedos previos empiezan a extinguirse, en ocasiones es posible, evitarlo conociendo el origen del temor, mediante otra técnica, o quitarle importancia mediante la distracción.

En general, el método gradual implícito en la modificación conductual puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene toda la cooperación infantil este retraso queda más que compensado, por lo que el tiempo dedicado en un principio puede considerarse una buena inversión para el éxito de los tratamientos.⁷

4.3 Imitación

Es otra de las técnicas empleadas en psicología para el tratamiento de los temores, y puede ser aplicada a una variedad de situaciones dentales, donde el niño con Síndrome de X frágil puede aprender observando cómo otros reciben tratamiento, siendo de gran utilidad, principalmente, para mejorar la conducta de aprensivos y sobre todo sin experiencias odontológicas previas.

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

⁷ Boj Op. cit. pp.468



modelos principalmente a sus hermanos. La técnica por imitación, a diferencia de otras técnicas que son específicas para pacientes en una base individual, el modo en que los niños aprenden por imitación es muy importante para el profesional, por que los modelos que tienden a ser imitados más frecuentemente son aquellos que se perciben como poderosos y con control sobre el imitador, que es precisamente como percibe el niño al clínico y a sus auxiliares. De modo que si el profesional aparece en la consulta con un control sobre la situación, el niño tratará de imitarlo.^{8 9}

⁸ Boj Op. cit. pp. 468

⁹ Barbería Op. cit. pp. 132.



5. TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO

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

Siendo los objetivos básicos:

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



El método físico de control de conducta debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico. La principal indicación para su utilización es en urgencias dentales con niños descontrolados y en pacientes neurológicos que no pueden controlar sus movimientos. Su aplicación levanta ciertos sentimientos controvertidos y discrepancias entre los profesionales de la odontología, aunque no tanto entre los especialistas de la odontología infantil. Generalmente, su rechazo es motivado por la falta de documentación y conocimiento del modo de aplicación. Su alternativa son los tratamientos bajo sedación o anestesia general.

Estas técnicas deben aplicarse en una atmósfera relajada, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás como connotaciones de castigo. Hay que ser conscientes de lo que se realiza al aplicarlas y tratar de que el niño (Síndrome de X frágil) tenga sentimientos positivos respecto a sí mismo, se puede explicar que él puede y debe cooperar con nosotros, pero que va a necesitar un poco de ayuda para que podamos trabajar, estando protegido al niño para no sufra lesiones por movimientos que él no pueda controlar. Es frecuente observar la sensación de seguridad que experimentan muchos al utilizar este tipo de técnicas presentando o no algún Síndrome con discapacidad intelectual.¹

Estas técnicas están indicadas en pacientes:

- Con limitaciones físicas como pacientes afectados de parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.

¹ Boj Op cit. pp.468



-
- Con discapacidad intelectual (Síndrome de X frágil) que les incapacitan para cooperar y actuar normalmente, y que generalmente producen conductas incontrolables.
 - Muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.
 - Pre - medicados, que al no disponer de un nivel completo de conciencia, pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos, como la aplicación de anestesia local o dique de goma.
 - Que presenten rabietas muy violentas.
 - Con casos de emergencia.²

5.1 Abrebocas

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Estaría indicado para algunos niños que necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta o que incluso se niegan a abrirla. Existen distintos dispositivos con diferentes tamaños que se seleccionan en función de la edad del niño, y que en el caso de utilizarlos se les atará un hilo de seda como dispositivo de seguridad.³

² Barbería Op. cit. pp.468

³ Ib. pp. 469



5.2 Mano sobre Boca

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. Por ello está estrictamente prohibida su utilización en niños menores de 3 años y en paciente con coeficientes intelectuales bajos es decir con pacientes con Síndrome de X frágil, Síndrome de Dawn, entre otros, pero si se llegase a utilizar con otros niños deberá ser con plena autorización de los padres.

Consiste en la aplicación firme de la mano del odontólogo sobre la boca del niño, cuando éste se encuentra en pleno ataque de histeria o rabieta con gritos. La asistente controla las manos y piernas para frenar la agitación y evitar patadas. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en el que esté dispuesto a cooperar, generalmente, mediante la comunicación paraverbal como lo son los gestos, miradas y expresiones faciales, el niño indicara que está dispuesto a ayudar, entonces el profesional retira la mano.

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



5.3 Restricciones físicas

Por el profesional

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos no apropiados de brazos y piernas del niño por el Cirujano Dentista y su personal auxiliar, en determinados procedimientos como la aplicación de la anestesia local, se requiere que el profesional posicione su antebrazo presionando la cabeza del paciente contra su costado, para evitar movimientos mientras tanto el personal auxiliar control los movimientos de los brazos colocando su brazo por encima de los del niño evitando que él los dirija hacia la jeringa.

Por dispositivos específicos

Cuando el personal sanitario ya no puede controlar los movimientos de los niños, se recurre a dispositivos de limitación física específicos para el control de todo el cuerpo como toallas y dispositivos comerciales como el Pedi - WRAP (dispositivo de nylon con cierres de velcro) o el Papoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela).

Estas técnicas de enfoque físico, a pesar de sus fundamentos científicos, pueden crear cierta confusión en los padres y especialmente en aquellos casos donde sus hijos hayan tenido experiencias dentales negativas. En la actualidad es mayor la participación de los padres durante al tratamiento con mayor énfasis en la necesidad del consentimiento informado. Aunque existen técnicas que los padres prefieren más que otras, lo cierto es que con más información aumenta la



aceptación de las distintas técnicas, hay que exponer a los padres la necesidad de utilizarlas insistiendo en la finalidad de dar mayor seguridad al niño. Las más aceptadas son la imitación, la desensibilización y la técnica de la triple “E”. Entre las que producen mayor desagrado, son las de limitación física.^{4 5}

5.4 Consideraciones para la utilización de estas técnicas

- Solo deben utilizarse después de haber agotado todas las posibilidades de tratamiento con las técnicas convencionales de control de conducta principalmente en este tipo de pacientes (Síndrome de X frágil).
- Siempre deben ser consideradas antes de planificar el tratamiento con anestesia general, valorando riesgo / beneficio.
- Se emplean como parte de un tratamiento, no como un castigo.
- La principal finalidad es la protección del paciente con síndrome de X frágil o sin él.
- Se empleará todo el tiempo necesario para explicar a los padres por qué y cómo se va a utilizar, así como la obtención del consentimiento de los padres.
- A los niños debe explicarse de forma cariñosa los motivos y la manera en que se llevará a cabo el procedimiento, y que éste no dañará.
- Se debe de explicá a los padres que no dañará ni traumará a su hijo, sólo se utiliza para no dañarlo.⁶

⁴ Ib. pp.469

⁵ Barbería Op. cit. pp. 115-125.

⁶ Boj Op. cit. pp. 469



CONCLUSIONES

La actitud del Cirujano Dentista frente al paciente pediátrico con Síndrome de X frágil, es una necesidad, debido a que los síntomas pueden ser bastante sutiles, especialmente en niños menores

Las manifestaciones como discapacidad intelectual, hiperactividad, falta de atención, autismo, falta de tono muscular, son características que pueden presentar algunos pacientes dentro del consultorio dental y si sabemos tratar a un paciente con este tipo de características sabremos enfrentar los retos que implica realizar un tratamiento dental en pacientes pediátricos.

El diagnóstico del síndrome de X frágil no se hace por la presencia de rasgos físicos. Cualquier demostración de discapacidad intelectual, historia familiar o dificultades de aprendizaje de etiología desconocida en combinación con alguna de las características antes mencionadas pueden hacer sospechar que nos encontramos con un niño X frágil.

Es un síndrome desconocido para la población en general, y no bien conocido para la mayoría de profesionales relacionados con la salud y la educación siendo que es la forma heredable más frecuente de discapacidad intelectual y ocupando el segundo lugar, después del síndrome de Down "con una frecuencia de 1:1200 en varones y de 1:2500 en mujeres afectadas esto puede no parecer muy alarmante, pero sin embargo lo es, si se estima que el número de mujeres portadoras es de una de cada 700.



Una de las características de este tipo de niños es la hiperactividad, donde prestan poca atención, ya que van de un tema a otro de forma rápida e incomprensible por lo que se tendrá que enfocar mayor atención por parte del profesional.

El Síndrome de X frágil puede presentar falta de contacto visual, timidez o problemas de interacción social, los aleteos de las manos, por lo que se puede confundir con los síntomas y signos del niño autista.

Todo esto se ve reflejado en un consultorio dental ya que para este tipo de niños no existe un tratamiento determinado para sus problemas psicológicos, solo se debe de actuar multidisciplinariamente, involucrando diagnóstico temprano, estimulación precoz, apoyo psicoterapéutico, logopedia, pedagogía y terapia ocupacional para que el niño sea más receptivo.

El tratamiento odontológico es una de las mayores necesidades de salud en personas con capacidades diferentes, siendo uno de los únicos problemas de salud no atendidos que afecta a todas las personas sin que exista una solución.

Uno de los problemas más frecuentes que presenta el profesional al brindar sus servicios es el "miedo", pero esto no es un impedimento, solo es que el odontólogo esté convencido de su propia capacidad para tratar a este tipo de paciente dentro de sus propios límites en el consultorio o de lo contrario los prefieren remitir con profesionales, con los conocimientos necesarios.



El ambiente odontológico contiene una gama de eventos adversos, para un niño con Síndrome de X frágil tales como gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas atemorizantes por lo que existen manifestaciones emocionales que se desarrollan paralelamente con su estado físico y su personalidad, pero si el paciente encuentra un ambiente agradable y seguro presentará una menor ansiedad por lo tanto un mejor comportamiento.

Otro de los problemas a que se enfrenta el odontólogo es la actitud de los padres ya que muchos son renuentes al tratamiento, pensando que todos los procedimientos serán traumáticos para su hijo, por lo que la comunicación con los padres siempre debe de ser lo más directa, sin intermediarios para que no exista ninguna confusión.

Para que se realice la primera cita dental del niño deberá ser necesario que se entrevisté primero con los padres, para conocer mejor al paciente actuando de la mejor manera posible, así el Cirujano Dentista llamara al niño por su nombre, sabrá sus gustos, y con estas simples cosas aunque parezcan insignificantes, ganará su confianza llevando a cabo un tratamiento mucho más exitoso.

La atención odontológica deberá de ser totalmente enfocada a el niño, ya que al presentar manifestaciones emocionales el profesional tendrá que ver que tipo de influencias tiene, sus gustos y sus disgustos dentro del consultorio para hacer con esto mas fácil la comunicación.

Existen diferentes métodos para comunicarnos con el paciente pediátrico, no solo las palabras son importantes, también las expresiones



corporales y el tono de voz que utilizemos, así como la adaptación del lenguaje, de manera que el niño entienda.

Podemos introducir al niño dentro de la consulta dental para que presencia como se lleva a cabo un tratamiento en otro niño o aún mejor, en uno de sus hermanos para que así el niño entienda que esperamos el mismo comportamiento de parte de él.

Uno de los métodos utilizados en el consultorio dental es la distracción donde permite que el niño disminuya la percepción de acciones desagradables, haciendo así más tolerante el tratamiento, esto se puede llevar a cabo mediante juegos, juguetes, por parte del profesional, poniendo la atención del niño en otra cosa.

Dentro de la consulta dental existen técnicas para facilitar el trabajo al Cirujano Dentista una de las más utilizadas es la de la triple "E", donde se explica al niño como se va a realizar el procedimiento, se le enseñara y se ejecutara tal cual se le explico, pero si en algún momento el niño presenta mucha más ansiedad de lo normal y logra entrar en una rabieta se puede cambiar el tono de voz para poder restablecer la comunicación y así verificar cual es el motivo de su rabieta.

La utilización de refuerzos positivos (juguete) al final de la visita odontológica es un método más eficaz, entendiendo que el niño no lo confunda con un premio, ya que si se le otorga como tal, y si ha tenido una mala conducta se estará reforzando está.

Una de las últimas técnicas utilizadas, será la del control físico, que se puede llevar a cabo por el odontólogo, teniendo el control de su cabeza para evitar movimientos bruscos y así evitar que el menor se lastime o por la utilización de métodos físicos.



Una de mis frases favorita es:

Si no debe emprenderse la cura de
los ojos sin la cabeza, ni la de la cabeza
sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el
cuerpo sin el alma;... si muchas enfermedades
se resisten a los esfuerzos de lo
médicos helenos, procede de que
desconocen el todo...

(PLATÓN, Carmines.)

Esta frase lo dice todo, si aprendemos a conocer a nuestros pacientes,
aprenderemos que en Odontología no son sólo una muela, son algo más.



BIBLIOGRAFÍA

Barber Thomas K. Luke Larry S. Odontología Pediátrica. México D.F: Editorial El manual Moderno. 431 p.

Barbería Leache Elena, Boj Quesada J. R. y otros. Odontopediatría 2^a ed. Barcelona: Editorial MASSON 2001. 432 p.

Boj J.R Catalá M. y cols. Odontopediatría. España. Editorial MASSON. 2004. 513p.

Castillo Mercado Ramón. Manual de Odontología Pediátrica. Caracas Venezuela. Editorial ACTUALIDADES MÉDICO ODONTÓLOGICAS LATINOAMÉRICA. 1996. 368p

Catedráticos de Odontología Pediátrica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Caracas. Editorial: DISINLIMED. 1996 . 691p.

Chiva Matty. El diagnóstico de la debilidad mental. 2^a ed. Madrid.: Editorial Pablo del Río Editor. 1973.192p.



Figueiredo Walter L.R de. Ferelle Antonio y cols. Odontología para el Bebé. Caracas Venezuela: Editorial ACTUALIDADES MÉDICO ODONTOLÓGICAS LATINOAMÉRICA. 2000. 246p.

Gorlin Robert J. Síndromes of the head and neck. Third ed. Editorial. OXFORD MONOGRAPHS ON MEDICAL .1990. 977p.

Guajardo Horacio. Teoría de la Comunicación Social. 4^a Edición. Ed. Mc Graww –Hill. México 184p.

Guizar J. Jesús. Vázquez. Diagnóstico y Manejo de las Enfermedades Hereditarias. México D.F.: Editorial Manual Moderno. 2001. 720p.

Horvath M. Timar L. Karcagi V. Czeizel E.. The importance of molecular genetic diagnosis of Martin-Bell disease in genetic counseling. Hungarian Journal Article *Orvosi Hetilap*. 138(9):541-5, 1997 Mar 2.

Lambert Jean-Luc. Introducción al Retraso Mental. Barcelona: HERDER. 1981. 293p.

Lisker Rubén, Salvador Arrendares. Introducción a la Genética Humana. México .Manual Moderno. 2001. 265p.



Little James W. Falace Donald W. Odontología en Pacientes con Patología. Barcelona. .1986. 323p.

Mc Donald Ralph E. Avery David R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ed. 6ª Madrid. Mosby/Doyma libros.1995. 865p.

Medrano Morales Juan, Pérez Mata Franco Alberto. Expediente Clínico Odontológico. Cómo elaborarlo, integrarlo, manejarlo y archivarlo conforme a la normativa: Editorial. Trillas. 2005. 208p.

Molina García Santiago. Deficiencia Mental. Editorial Ediciones ALJIBE. 1994. 336p.

Nowak Arthur J. D.M.D., M.A Odontología para el Paciente Impedido. Argentina: Editorial Mundi.1979 409p.

Passarge Eberhard. Genética Texto y Atlas. 2ª Ed. México. Editorial Panamericana. 457p.

Pinkham JR. Odontología Pediátrica 2ª ed. México. Editorial. IINTERAMERICANA MC GRAW – HILL . 1996. 735p.



Ramos Fuentes Feliciano J. El Síndrome X frágil material educativo de la Fundación Nacional del X frágil de estados unidos. 182p.

Salder T.W. Embriología Médica con Orientación Clínica. 9ª ed. Argentina. 2004 566p.

Solari Alberto Juan. Genética Humana. 2ª ed. Buenos Aires Argentina.: Editorial Medica Panamericana. 2003. 231p.

Stromnen Ellen A. Mc Kinney John Paur. Psicología del Desarrollo Edad Escolar. Ed. El manual Moderno. México.1982 196p.

Thompson Margeret W. Ncllnes Roderck R. y cols. Genética en Medicina. 4ª ed. Barcelona: Editorial MASSON. 1996 495p.

Van Waes Hubertus, Stöckli Paul W. Atrás de Odontología Pediátrica. Ed. MASSON. Barcelona. 388p.