



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE APLICACION DE TECNICAS
PARA MODIFICACION DE CONDUCTA EN EL PACIENTE
PEDIATRICO POR CIRUJANOS DENTISTAS DE PRACTICA
GENERAL Y CON ESPECIALIZACION.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JULIO CESAR MATA LOPEZ**



**LO HUMANO
EJE
DE NUESTRA REFLEXION**

DIRECTORA: DRA. LILIA ADRIANA JUAREZ LOPEZ

MEXICO. D.F.

2004



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.

Agradecimientos.

A mi padre:

Con el que compartí 18 años de mi vida y que el día de hoy no puede ser testigo de esta realidad, pero que a través de los ojos de mi familia, estoy seguro que la percibe en plenitud.

A mi familia:

Mama, Tony, Lucy, Marco, Miranda, Sebastián, Willis y Karina. Es un gran honor recibir el apoyo que durante este tiempo me brindaron. Se que comparten este triunfo como si fueran de ustedes, y de ustedes es, porque sin su respaldo no seria realidad.

Agradezco también a:

Universidad Nacional Autónoma de México (mi casa).

Dra. Lilia Adriana Juárez López, por su valiosa ayuda en la realización de este trabajo, a todos mis sinodales por enriquecer este texto con sus opiniones, a Giovanna, Dr. Nick, comparto esto con ustedes por que se que el éxito esta vacío si llegas a la meta solo.

Dedicatoria.

*Esta tesis esta dedicada con amor a Miranda y Sebastián, por ser mis
amigos, cómplices y sobrinos.
Gracias por recordarme lo divertido que es ser niño e inspirarme para la
realización de este texto.*

Unas cien veces cada día me recuerdo que mi vida interior y exterior dependen del trabajo de otros hombres, vivos y muertos, y que debo esforzarme con el propósito de dar en la misma medida que he recibido.

-ALBERT EINSTEIN

ÍNDICE GENERAL.

CONTENIDO	PAGÍNA
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
MARCO TEÓRICO	
1.1 <i>Teorías de desarrollo psicológico infantil.....</i>	6
1.2 <i>Que es el niño y a que edad se le considera así.....</i>	8
1.3 <i>Características motoras y de lenguaje del paciente pediátrico a diferentes edades.....</i>	11
1.4 <i>Desarrollo cognoscitivo y emocional del niño.....</i>	18
1.5 <i>Factores que influyen en la conducta del niño en el consultorio dental.....</i>	24
2.0 <i>Antecedentes de las técnicas.....</i>	35
2.1 <i>Técnicas utilizadas como apoyo para modificar la conducta del paciente pediátrico en el consultorio dental.....</i>	37
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO.....	52
HIPÓTESIS.	53
METODOLOGÍA.....	54
RECURSOS.....	56

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	57
RESULTADOS.....	58
DISCUSIÓN.....	77
CONCLUSIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	88

INTRODUCCIÓN

El tratamiento odontológico en los niños es un proceso complicado por naturaleza, debido a la ansiedad que los pacientes reflejan en distintas etapas de su crecimiento, el manejo conductual no es solo el realizar el tratamiento en el paciente sino que además de eso, lograr que el niño elimine sus temores y ansiedades. Los pacientes infantiles serán los pacientes adultos del futuro y cuando cumplan la mayoría de edad no serán obligados por sus padres a ser atendidos, llegaran o no por voluntad propia debido a las experiencias que previamente hayan tenido, si no fueron satisfactorias difícilmente llegarán, si por el contrario las tuvieron agradables se interesaran más por su salud bucal.

El manejo conductual en los niños es un proceso que no todos los odontólogos dominan y que muchas veces recurren a la remisión de los pacientes por considerarlos poco manejables, si bien es cierto que los odontopediatras tienen un mayor manejo de los pacientes infantiles poco cooperadores, los Cirujanos Dentistas de práctica general pueden llegar a adquirir habilidad en el manejo de la conducta de los niños y tratarlos basándose en la experiencia obtenida a través de los años de ejercicio profesional.

De aquí la importancia de la realización de este documento que le permitirá al interesado, tener un conocimiento más amplio en las técnicas de manejo conductual en los pacientes infantiles, así como poder percatarnos si, los especialistas realizan un manejo diferente con respecto a la aplicación de técnicas de manejo conductual en sus pacientes que los Cirujanos Dentistas de práctica general.

JUSTIFICACIÓN.

Durante los años de formación académica que se lleva la licenciatura en Odontología en las universidades de nuestro país, se da atención a la población infantil, de ahí la importancia de conocer las diferentes técnicas de manejo de conducta que se utilizan con este tipo de pacientes, que requieren atenciones especiales para su tratamiento.

La aplicación de técnicas de manejo de conducta es esencial para brindar un tratamiento a los pacientes pediátricos.

El miedo al tratamiento odontológico puede ser disminuido a través de la aplicación de técnicas de manejo de conducta, estas pueden influir en la aceptación del paciente pediátrico.

Actualmente son pocos los trabajos publicados sobre los conocimientos y aplicaciones de las técnicas de manejo conductual en pacientes pediátricos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los niños forman parte de una población importante del país, de ahí que sus necesidades de atención bucal y demanda de servicios de salud en general se incrementa día a día.

Las necesidades de atención odontológica es infinita si tomamos en cuenta que la población infantil en nuestro país es de 32,586,973 niños menores de 14 años hasta el año 2000.¹

Las escasas campañas gubernamentales en prevención de la salud bucal, además de la mala orientación de los padres con una deficiente formación educativa, incrementan la demanda de este servicio.

Durante los primeros años de vida el tipo de alimentación al que se ven expuestos los niños, debido a crecientes campañas publicitarias acerca de productos con innovaciones en el sabor y diseño pero con poco grado de nutrición y las cuales los niños consumen con frecuencia, deteriora el tejido dental, pero en especial la dentición temporal se ve afectada ya que llega a ser un diente con características distintas a uno permanente, todo este proceso puede llegar a generar caries.

El conocimiento sobre el desarrollo psicológico del niño es de suma importancia cuando se busca obtener la colaboración del paciente para realizar los procedimientos odontológicos.

Uno de los objetivos de la especialidad en odontopediatría es brindar a los Cirujanos Dentista la capacitación para el manejo de conducta, situación que no es abordada con profundidad en la licenciatura.

Por otra parte, la experiencia profesional motiva a la búsqueda del conocimiento por la falta de técnicas para aplicar, de ahí nos planteamos las siguientes preguntas.

1. ¿Que técnicas de manejo conductual son conocidas por los Cirujanos Dentistas de Práctica General?
2. ¿Que técnicas de manejo conductual son conocidas por los Cirujanos Dentistas con especialidad?
3. ¿Cuales son las técnicas de manejo de conducta más utilizadas por Cirujanos Dentistas de práctica general y con especialidad?

MARCO TEÓRICO

1.1 TEORÍAS DE DESARROLLO PSICOLOGICO INFANTIL

En los años 70s, se dio la aparición de varias teorías del desarrollo infantil, ninguna ha recibido suficiente aceptación, mas bien hay un grupo de teorías que están diseñadas para ofrecer principios explicatorios, están divididas en tres grandes grupos: (1) *teorías psicodinámicas*, (2) *teorías del aprendizaje social* y (3) *teorías biogénéticas*.

1. *Teorías psicodinámicas*: se originaron en la corriente psicoanalista, en éstas el desarrollo infantil es visto a través de periodos secuenciales en los cuales la mente crece desde un nivel infantil hasta un nivel adulto, en el cual, la agresividad básica, sexual y necesidades emocionales han madurado de una manera no patológica, el concepto central de estas teorías es el "ego" (el yo) además dan explicación del desarrollo emocional y su influencia en la conducta del niño. ²
2. *Teorías del aprendizaje*: están directamente relacionadas con la rama de la psicología que ha estudiado experimentalmente el aprendizaje, éstas teorías dominaron los sistemas establecidos en el siglo XIX donde simplemente se consideraba simplemente al niño como un receptor de impresiones procedentes de su entorno.³
3. *Teorías biogénéticas*: se consideran que la eficiencia mental de cada persona, la personalidad, la función y estructura física, son básicamente independientes del medio ambiente.²

Éstas teorías conciben que el niño está motivado por necesidades sociales como ganar el amor o aprobación de sus padres y más tarde de él mismo, además enfatizan como la conducta es reforzada por recompensas o castigos provenientes del medio ambiente. 4

1.2 QUE ES EL NIÑO Y HASTA QUE EDAD SE LE CONSIDERA ASI

Según ha dicho Feldman " la vida humana avanza por fases". Los periodos de vida del ser humano no son menos reales e importantes que las edades geológicas de la tierra o de las fases evolutivas de la vida. Cada fase se distingue por un rasgo dominante, una característica, que da al periodo su coherencia, y su unidad.

A cada edad hay ciertos rasgos que destacan de modo más evidente que otros.

La conducta de un niño esta determinada por su propia individualidad y su nivel de edad. Existe una respuesta en todo niño que proviene de la forma como se enfrenta a los problemas que surgen en cada fase. Esta consistencia es resultado de las diferencias individuales que ocurren durante su infancia, niñez y adolescencia. 5

INFANCIA

La infancia es un periodo que abarca del primer año de vida y termina alrededor de los 6 años, en este periodo y sobre todo al principio, los niños dependen de los demás en cuanto a su comodidad y seguridad.

Erickson cree que la actitud básica de confianza y desconfianza se establece por medio de la satisfacción regular de las necesidades del bebé, mediante el juego el infante permite el desarrollo muscular y comienzan a asumir las responsabilidades de su propio comportamiento. la mayor independencia del niño se manifiesta al escalar, tocar y explorar, así como el deseo general de hacer cosas por sí mismo. Los padres ayudan a desarrollar un sentido de autonomía al animarlos a ensayar nuevas habilidades y reconfortándolos en caso de fracaso, Erickson considera que los padres que se burlan de sus hijos los hacen sentir avergonzados de sus actos dudando así de sus propias habilidades, mediante el juego el niño aprende a planificar y llevar acabo una tarea, los padres refuerzan la iniciativa dándole la oportunidad de jugar, también aprenden a sentirse culpables de las actividades que inician, cuando esta constituyen una molestia para los padres.

NIÑEZ

La primera fase de edad escolar es un periodo de crecimiento relativamente constante que comienza alrededor de los 6 años y termina en el estirón de la pre adolescencia, alrededor de los 10 años en niñas y los 12 en niños.

La columna vertebral se hace mas recta pero el cuerpo del niño es muy flexible, pudiendo adoptar a veces ciertas actitudes postulares que con frecuencia molestan a los padres y a los profesores.

Las actividades motoras rudimentarias de los primeros años tales como correr, trepar, se van convirtiendo en más especializadas y los juegos que requieren una particular destreza muscular y motora.⁶

Con el cambio de una gran parte de la vida del niño desde el hogar al medio ambiente de la escuela, el niño comienza a hacer cada vez una vida más independiente y a buscar fuera de casa metas y modelos de comportamiento. Esta desviación de intereses es a menudo provocada por la ansiedad de los padres. Es inútil decir que cuando los primeros problemas surgidos entre los padres e hijos no han sido resueltos adecuadamente, la adaptación al ambiente extra familiar suele encontrar dificultades.⁵

ADOLESCENCIA

La adolescencia comienza con la pubertad, aproximadamente a los doce ó trece años, el final no se puede precisar con facilidad debido a que esta determinado por una combinación de factores físicos, cognoscitivos, emocionales, culturales y jurídicos. Algunos adolescentes pueden pasar a la madurez antes de los 18 años, y otros hasta los veinte ó después. De esta manera, los veinte años constituyen el mejor cálculo de la edad en el cual se alcanza el final de la adolescencia.

La adolescencia es un periodo turbulento para la mayoría de las personas en nuestra cultura, atrapado entre la niñez y la edad adulta, el adolescente

se enfrenta a una serie de problemas únicos, Erickson considera que la crisis primordial durante esta etapa es la necesidad de responder a la pregunta: ¿Quién soy?, la maduración mental y física trae al individuo nuevos sentimientos, un nuevo cuerpo y nuevas actitudes, el adolescente debe construir una identidad congruente a partir de las percepciones de sí mismo y de sus relaciones con los demás, de acuerdo con Erickson las personas que no desarrollan este sentido de identidad experimentan una confusión de papeles, una incertidumbre acerca de quiénes son y hacia donde van, algunos autores señalan que este periodo puede terminar entre los 18 y 20 años. 7

1.3 CARACTERÍSTICAS MOTORAS Y DE LENGUAJE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO A DIFERENTES EDADES.

La personalidad es la forma consistente y única de sentir, reaccionar y comportarse que tiene una persona, el desarrollo social se refiere a las relaciones con los demás, en conjunto, personalidad y desarrollo social constituyen el desarrollo psicosocial que puede afectar el funcionamiento cognoscitivo y físico.⁸

El desarrollo de la personalidad de un niño es un proceso dinámico, el objetivo del individuo como niño y como adulto, es ser capaz de trabajar, jugar, dominar problemas personales, amar y ser amado de una manera creativa, socialmente aceptable y personalmente satisfactoria.

El desarrollo de la personalidad es un proceso complicado que abarca todos los aspectos del individuo y el ambiente. El proceso varía de un niño a otro pero, en conjunto, todos los niños pasan a través de diversas fases.

Cada etapa sucesiva de desarrollo se caracteriza por problemas precisos que el niño debe resolver, a fin de proseguir con seguridad hacia la siguiente etapa. El grado mas elevado de armonía funcional se logra cuando se satisfagan y resuelvan los problemas de cada etapa con un ritmo ordenado y en una secuencia normal.⁹

La conducta de los niños es el resultado del aprendizaje y con frecuencia es clasificada identificando los tipos de conducta que representan la "norma" para ciertos grupos de edad. Esa clasificación brinda por lo menos una base para discutir las diversas conductas. Sin embargo el odontólogo no debe de ser influido demasiado por la edad cronológica del niño al tratar de predecir o manejar su conducta. Cuando una conducta es clasificada en categorías por edad cronológica, es necesario recordar que es también "normal", encontrar algunos niños de 4 años que se comportan como los de 2 en el ambiente odontológico, a la inversa el odontólogo encontrará niños de 2 o 3 años adelantados en su desarrollo psicológico y que pueden comportarse en el sillón con mayor nivel de edad que la "norma". 10

La maduración es la expresión de cómo el crecimiento y desarrollo ha capacitado al niño para alcanzar diversas metas o conocimientos. La madurez se alcanza de forma gradual ya que se trata de un desarrollo progresivo.

Recopilando las observaciones efectuadas sobre niveles de maduración, se puede describir patrones típicos de conducta para los niños de distintas edades:

1 año

Aumentan las capacidades motoras. Aprende a andar, se sienta y se levanta solo. Coge objetos y los deja caer deliberadamente. Da palmadas y hace señales de despedida. Colabora al vestirlo. Utiliza un lenguaje simbólico (habilidad para producir sonidos o gestos que son reproducibles). Balbucea 1 o 2 palabras. Empieza a mostrar signos de independencia. Se resiste a cumplir órdenes. Observación de modelos (padre, madre, maestro).

1 ½ años

Presenta un carácter muy vivo. No le gusta esperar. Muy rara vez obedece una orden verbal y a menudo aparecen rabietas y negativismo. "No" es la palabra favorita del niño.

Se desarrolla el sentido de su propia autoestima. Inicio del control de esfínteres. Hace uso de unas 15 – 20 palabras, aunque generalmente puede entender más palabras de las que puede decir. Pide cosas señalando e imita actividades que ha observado en otras personas.

2 años

Aumento del desarrollo motor. Sube escaleras con apoyo, corre y salta. Se sienta sólo en una silla hace garabatos.

Presenta un marcado desarrollo del lenguaje. La amplitud de su vocabulario alcanza unas 50 palabras, construye frases de 2 palabras, además de intuirse una organización de respuestas. Mayor estabilidad emocional puede esperar periodos cortos y tolerar, si es necesario, alguna frustración temporal. Algunas veces le gusta complacer a otros realiza dos ordenes sencillas.

Todavía predominan los juegos solitarios. Ello implica el sufrimiento ante la separación de los padres.

2 ½ años

Cambios significativos respecto a la etapa de dos años. Se vuelve rígido e inflexible, quiere todo tal y como lo espera. Se muestra muy dominante y exigente, y expresa las emociones de forma violenta. Resulta difícil comunicarse con él.

Construye frases cortas, a pesar de que entiende y asimila otras más complejas. Pregunta sobre cómo y por qué.

3 años

Empieza a comunicar y a razonar. La comprensión del habla es del 70 al 80% y puede construir frases de 3 palabras. Posee un vocabulario de aproximadamente 1.000 palabras.

Le gusta tanto dar como quitar, quiere crecer y a la vez seguir siendo niño, le gusta hacer amigos, le gustan las nuevas palabras y con frecuencia pueden influir en su conducta positivamente, es capaz de comprender y realizar órdenes verbales.

3 ½ años

La conducta fácil del niño de 3 años empieza a cambiar. Puede aparecer la descoordinación en todos los aspectos: en el tartamudeo, el caerse y en salidas de tipo tensional como pestañeo, morderse las uñas, hurgarse la nariz, tics faciales ó sacudidas y aumento de la succión del pulgar.

4 años

Capacidad de perder el control en todos los aspectos de la conducta. Pega patea y rompe cosas en accesos de ira. Incluso puede escaparse.

Es capaz de utilizar un lenguaje ofensivo y chocante. Construye frases de cuatro palabras y la comprensión del lenguaje ya es del 100%. La amplitud de su vocabulario alcanza las 2.000 palabras. Puede responder al llamarlo por su nombre. Es un gran conversador y preguntador y posee gran imaginación.

Muestra una independencia suficiente para admitir la separación de los padres relativamente sin traumas.

4 ½ años

Empieza a calmarse y a nivelar su conducta; así pues se puede razonar con él.

Le gusta discutir. Presenta un enorme interés en los detalles y quiere que se le muestren cosas.

Disfruta los aspectos tridimensionales de los objetos.

5 años

Asentamiento del habla (enriquecimiento del vocabulario y dominio de la sintaxis) e inicio de la fase social (frases de 5 y 6 palabras).

El niño se muestra confiado y estable y bien equilibrado, no es demasiado exigente.

La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar cerca de ella, obedecerla y complacerla, responde a los elogios.

6 años

Lenguaje definitivamente "dominado". El niño está cambiando. Predominio de rabietas violentas y constantes cúspides de tensión. No se puede adaptar a los demás, los demás se deben adaptar a él. No puede aceptar las críticas, el regaño o el castigo. Necesita tener razón y ganar, además requiere muchos elogios. Se muestra como un cobarde agresivo, por ello presenta temores exagerados de lesiones en el cuerpo.

7 años

Es un niño muy caprichoso y de gran exigencia consigo mismo. Necesita comprensión cree que la gente está contra él, que no se le quiere y que los padres son injustos.

Desea aprobación y por ello tratará de cooperar.

8 años

Edad de gran desarrollo intelectual. Es expansivo y rápido. Le gusta dramatizar las cosas y con frecuencia se muestra resentido por la autoridad paterna. Es más generoso con los demás, pero también espera más a cambio.

9 años

Muy independiente y confiado en sí mismo. Más interesado en el que en la propia familia, se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado.

Puede ser rebelde contra la autoridad, aunque tolerante en general.

10 años

Amistoso, positivo e íntegro. Flexible, sincero y muy obediente.

Generalmente satisfecho con los padres y con el mundo en general. Se trata de una edad de equilibrio predecible y cómodo.

11 y 12 años

Se interesa por la higiene personal, destaca la preocupación por ideales y por la moral, así como la creencia en la justicia. Sabe trabajar en equipo.

12 años

Aparece una gran búsqueda de la identidad, así como la necesidad de expresar la propia individualidad.

Rechaza la autoridad de los padres, presenta un temor especial a ser etiquetado diferente. Extrema el amor y el odio. 3

1.4 DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DEL NIÑO

La herencia actúa directamente sobre las características biológicas del individuo y establece la etapa para el proceso de desarrollo. Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva, se desarrolla una conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta.¹¹

Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo sigue una secuencia invariable de etapas, no es posible omitir ninguna de ellas, éstas a su vez se relacionan con ciertos niveles de edad. ¹²

Un niño nace con varios reflejos como llorar y moverse. De estos reflejos desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo. Finalmente de este conjunto de reflejos primordiales, el niño desarrolla la habilidad de resolver problemas complejos y de enfrentarse al mundo también complejo.

Piaget ha propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción, el conocimiento y la forma en que el niño piensa. Piaget identifica cuatro etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en que resuelve problemas complejos.

Las etapas del desarrollo cognoscitivo propuestas por Piaget son las siguientes:

1. **Etapa sensomotora:** que va del nacimiento a los 2 años, durante éste periodo los niños aprenden la conducta positiva, el pensamiento orientado a medios y fines, la permanencia de los objetos.

2. **Etapa preoperacional:** abarca de los 2 a los 7 años, los niños que cursan esta etapa pueden usar símbolos y palabras para pensar, pero el pensamiento está limitado por la rigidez, la centralización y el egocentrismo.

3. **Etapa de operaciones concretas:** va de los 7 a los 11 años, los niños aprenden las operaciones lógicas de seriación, de clasificación y de conservación, el pensamiento está ligado a los fenómenos y objetos del mundo real.

4. **Etapa de operaciones formales:** va de los 11 años en adelante, el niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proporcional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional. ¹²

De acuerdo a Piaget, el niño debe actuar en el ámbito apropiado en cada etapa antes de que proceda el desarrollo intelectual. El niño no actúa solo bajo el principio de aprendizaje por prueba y error. Los niños demasiado pequeños no pueden resolver ciertos problemas sin importar cuantas veces le sean mostrados o se les fuerce a dar la respuesta correcta.

En consecuencia, cada etapa es un periodo en el cual un niño mira al mundo de manera diferente y codifica la información también bajo formas distintas. ¹¹

Desarrollo emocional

Cada niño tiene su propia personalidad, a pesar de que algunas características y rasgos pueden ser menos estables y más bien representan un estadio de desarrollo. Para obtener información acerca del niño, pueden ser muy útiles su temperamento y hábitos.

Algunas características de comportamiento en los niños.

El niño vigoroso y robusto.

El niño robusto parece infatigable, es arriesgado y ansía nuevos descubrimientos. No se desequilibran con facilidad y poseen a menudo cierta auto estima; por lo que tratar a estos niños en general es fácil.

El niño delicado y vulnerable.

Lo opuesto es el niño delicado y cauto, que cede con facilidad y parece pesimista acerca de su propia capacidad para enfrentar el estrés y las situaciones nuevas. En casos extremos, estos niños parecen vulnerables. Por lo general son ansiosos y pueden reaccionar ante el estrés con malestar, dolor de estomago e incluso vómitos. Su tolerancia al dolor por lo general es baja. Con estos niños es necesario tener especial tolerancia y paciencia. En estos casos se debe de proceder con mucha lentitud, con medidas pre - operatorias y repetir pasos varias veces.¹³

El niño estable y el que se afecta con facilidad.

El niño emocionalmente estable se comporta con calma y placidez. El tipo opuesto parece con menos disciplina emocional, es impulsivo y puede caer en risas o lágrimas fingidas. Estos niños pueden tener una viva imaginación y ser tiránicos.

Al enfrentar el estrés pueden perder el control y gritar con histeria, instancia que es prácticamente imposible comunicarse con el. Precisan ser calmados y resguardados, pero también es necesario abordarlos con firmeza y determinación.

El niño expresivo, de fácil reacción y el reservado y retraído.

Mientras que algunos niños son abiertos, cálidos y naturales en su relación con otras personas, con otros es más difícil seguir un acercamiento. A veces uno puede tener la impresión de que están apartados y que prefieren permanecer así, por causa de su incomunicación y temperamento introvertido. Para allegarse a ellos hace falta tiempo, paciencia y mucha amabilidad.

Las características mencionadas son extremas, aunque estén dentro de la gama de lo normal, y la mayoría de las personalidades mencionadas se encuentran en un punto intermedio, además la conducta está relacionada con la experiencia y relaciones interpersonales. No obstante en ocasiones podemos encontrar ante un niño con el cual hay que analizar cuidadosamente un abordaje psicológico.¹³

En términos generales existen tres factores que rigen la conducta de un niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente. Los dos primeros factores apenas están sometidos a interferencias y demandas externas en las que intervenga el adulto, mientras que el ambiente es variable y esta sometido, hasta cierto punto a nuestro control.

1.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Los niños pequeños, no pueden distinguir entre peligro imaginario y peligro real. A menudo reaccionan de forma primitiva, amedrentados, por movimientos inesperados y súbitos, luz brillante, u objetos filosos y puntiagudos, elementos que pueden encontrarse fácilmente en el ambiente odontológico. Por lo tanto todo niño tiene que ser tratado de acuerdo a su nivel de maduración, los niños pequeños temen también ser dejados solos y necesitan la seguridad del adulto, en particular de personas en que conocen y confían.

A medida que el niño adquiere experiencia, aumenta también la capacidad de dominar cosas y situaciones nuevas. La reacción instintiva será remplazada en forma sucesiva por el conocimiento y las habilidades cognoscitivas. A parte de una mayor capacidad para evaluar y dominar el temor, el niño mentalmente maduro gana el poder de concentrarse en un propósito definido, soportarlo y automotivarse de acuerdo con las demandas del ambiente. Rud y Kisling mostraron que cuando un niño alcanza el estadio de desarrollo mental correspondiente a los tres años de edad, es capaz de cooperar en la situación odontológica. 13

Durante el siglo XX se observó un importante cambio en la actitud general con respecto a la educación de los niños. Los antiguos conceptos "autoritarios" se basaban en una disciplina firme lo que en muchos casos

condicionaba el sentimiento de negativismo e inseguridad. Como reacción a estos métodos surgieron las teorías de "la educación libre", que tenían por objeto dar un mayor valor a las características individuales del niño. Esta filosofía ha sido con frecuencia mal interpretada, principalmente por los padres inmaduros o ignorantes que de algún modo han confundido la educación libre con la "libertad de educación". Esta actitud provoca niños centrados en sí mismos e inseguros, con poca capacidad para adaptarse a las demandas sociales de la convivencia.

El objetivo de la educación del niño no debe ser sólo desarrollo de sus cualidades y su personalidad, sino una integración social, enseñándole a considerar a los demás. Los mejores resultados son los que consiguen los padres que conviven con sus niños, y les dan un buen ejemplo además de servirles como guía en un momento en que todavía no son capaces de tomar sus propias decisiones, los niños tienen una necesidad fundamental de amor y cuidado, es decir, de sentir seguridad, ternura y un contacto personal cálido. Así como de ser estimulados emocional e intelectualmente.

4.

Si aceptamos como concepto de salud "el proceso activo de ser humano en virtud del cual este trata de mantener su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con la circunstancia natural y sociocultural en que cada persona transcurre" y que el crecimiento y desarrollo del niño es más que evolución anatómica y fisiológica, resulta claro que debemos aceptarle como persona total que siente, piensa e imagina sobre lo que le vamos a hacer.

Con frecuencia la odontología provoca reacciones negativas y la visita al consultorio se percibe como amenazante o generadora de ansiedad para el bienestar físico y mental.

Es importante poder definir un par de emociones que con frecuencia presentan los niños dentro de un consultorio:

Miedo: Es una reacción o actitud frente a una amenaza real o imaginaria que surge de un objeto externo aceptado como perjudicial, y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física al dolor. El miedo tiene por lo tanto un fundamento real y se puede expresar con palabras que es lo que se teme, de modo que es un conjunto de reacciones esenciales para la supervivencia del individuo y de la especie. Las situaciones y objetos que desencadenan estas reacciones de miedo se modifican con la edad, y tienen que ver con el sentimiento de supervivencia en cada momento evolutivo, en función de las capacidades que se han adquirido. 14

Ansiedad: es una emoción que se caracteriza por sentimientos de peligro, tensión y sufrimiento por algo que supuestamente habrá de suceder y por una activación del sistema simpático, la ansiedad y el miedo suelen distinguirse entre sí por dos dimensiones: 1) el objeto de miedo es fácil de especificar, mientras que el objeto o razón del miedo no siempre es claro 2) la intensidad de un temor determinado está en proporción de la magnitud del peligro correspondiente. La intensidad de una ansiedad suele ser mayor que el peligro objetivo (si es que se conoce). En la vida real la ansiedad y el miedo no se distinguen fácilmente. 15

Cualquier razón no explicada inspira miedo en los niños. Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al Odontólogo antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir. 16

Psicológicamente el miedo y la ansiedad son entidades distintas. El miedo es una reacción frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta física del dolor.

El miedo de los niños puede tener diversas causas, es una de las principales razones para evitar el tratamiento y se adquiere, la mayoría de las veces, durante la infancia. Está relacionado con anteriores experiencias médicas y dentales traumáticas. Dichas experiencias muchas veces fueron dolorosas. Entonces, no es de extrañar que muchos niños sean aprensivos al visitar la consulta odontológica.

La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales. Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquel nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad.

La mente infantil está más controlada por los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y, por ello, el niño tiene más tendencias a sufrir ansiedad.

Desde un punto de vista humanístico y de conducta, la ansiedad puede considerarse hasta cierto punto una reacción normal y sana hacia la odontología por parte del niño. La ansiedad sirve como un sistema de alerta motivador. Aprender cuando se debe de experimentar ansiedad es necesario para la vida cotidiana e incluso para la supervivencia. Cabe esperar que en el niño aparezca cierta ansiedad como reacción normal cuando una persona a la cual no conoce y en un ambiente extraño le esta examinando la cavidad bucal. No hay que considerar un aumento de ansiedad automáticamente dañino para el niño, pero es cierto que una ansiedad incrementada mas allá de cierto punto producirá un problema de interacción en la consulta o incluso se creará una situación peligrosa para el niño y para el profesional.¹⁶

En cualquier situación hay un nivel "óptimo" de ansiedad que ayuda a manejar cada situación de forma apropiada. El profesional debe saber educar y ayudar a sus pacientes para disminuir la ansiedad a escala apropiada a cada situación.

Al contrario en las escuelas humanísticas y conductistas, la escuela psicoanalítica subraya la importancia de los conflictos internos de la personalidad y ve la ansiedad como algo nocivo en la consulta dental y considera su eliminación deseable.⁹

El mayor problema está en la posibilidad de que el niño aprenda "estrategias negativas" para mejorar su ansiedad. Hay un tipo de niño que puede encontrar el miedo como algo muy útil para escaparse de la situación dental, para desarrollar las conductas como llorar y gritar, para manipular

totalmente a los padres. Al sentir miedo, sabe que gritando, pataleando y llorando va a producir sentimientos de compasión a los padres, quienes van a justificar el hecho de que el niño quiera posponer el tratamiento dental.

El miedo y la ansiedad durante los tratamientos dentales impide que el paciente pueda cooperar plenamente con el odontólogo, lo que implica pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad para realizar el tratamiento y lo más importante, resultados insatisfactorios.

Con la presencia de conductas no cooperativas, no solo son mayores las dificultades para el profesional, si no que el riesgo de sufrir incomodidades y lesiones por parte del paciente también está incrementado. Muchos profesionales consideran que los niños con conductas no cooperativas son uno de los mayores problemas en sus clínicas. 3

El dolor, temor y angustia dificultan el tratamiento odontológico. La lucha contra ellos es la base de un tratamiento exitoso que genere confianza y tranquilidad al paciente. 17

En años recientes se han realizado investigaciones que analizan el valor de las técnicas psicológicas en la preparación y atención del niño normal durante el tratamiento dental, por ejemplo, uso de videos, modelamiento, desensibilización sistemáticas, distracciones entre otras. El establecimiento de una relación a través de una comunicación verbal se considera un prerrequisito primario para lograr un tratamiento exitoso. La interpretación precisa de indicaciones no verbales, como expresiones faciales y

movimientos del cuerpo, puede ser otro medio exitoso que coadyuven a entender la conducta del paciente. La habilidad para establecer una comunicación no verbal con los niños está estrechamente relacionada con la capacidad de observación. Se ha sugerido que las expresiones faciales pueden y deben acompañar a la comunicación verbal que se establece entre estomatólogo y paciente.

En la última década otro aspecto que ha despertado el interés en la odontopediatría es el papel que desempeñan los padres durante la experiencia dental del niño, en particular en pacientes entre tres a seis años de edad. Diversos autores han señalado que existe un marcado incremento en el número de padres que desean estar presentes en el tratamiento dental de sus hijos, pues consideran que el comportamiento de estos será mejor. Además la tendencia actual entre los estomatólogos jóvenes es aceptar la presencia de los padres en el consultorio dental.

De hecho la corriente siempre ha sido que en el tratamiento del paciente odontopediátrico se incluya la triada niño – padre – dentista (triángulo de Wright).¹⁸

Gutiérrez M, Garduño P. y Lara M. realizaron un estudio comparativo y longitudinal en el cual se incluyeron a 15 niños y 16 niñas, con algunos se utilizaron técnicas de desensibilización sistemática con padres con otros se utilizó la desensibilización sistemática pero sin la presencia de los padres en otro grupo se utilizó la presencia de los padres pero sin desensibilización sistemática y en el último grupo no se permitió la presencia de los padres ni tampoco se llevó a cabo la desensibilización sistemática.

Los resultados de dicho estudio sugieren que la conducta de los niños mejoró en los grupos en los cuales se empleo la técnica de desensibilización sistemática, sin embargo, en el grupo donde además se permitió la presencia de los padres durante la consulta, se observo que esta fue notablemente mejor pues en el 75% de estos niños la conducta se clasifico como "definitivamente positiva" y el 25% restante fue "positiva". Esto concuerda con las investigaciones realizadas por Wright, Pefferle, Bailey y Pinkham, quienes concluyeron que la madre puede ser auxiliar invariable en el establecimiento de la comunicación entre niños pequeños y estomatólogos, siempre y cuando ella sea instruida y motivada de manera adecuada. 18

La presencia de los padres para los niños más pequeños, de 2 y 3 años, es indudablemente un factor que produce seguridad, especialmente durante las primeras visitas. Para los niños de 4 de edad, resulta menos importante. Se ha sugerido incluso, que la presencia de los padres puede deteriorar el contacto entre el dentista y el niño. Este puede solicitar el consuelo del padre, situación que empeora si la madre o el padre, ansiosos, interfieren en la realización del tratamiento. 4

Otros factores que determinan la conducta del niño durante la consulta dental son:

Actitud de la familia.

Se cree en la importancia de la transmisión de los miedos y las actitudes de los padres a los niños, los miedos subjetivos pueden ser adquiridos por imitación. Los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas ⁶, se debe señalar a los niños que la odontología no debe temerse, y nunca debe utilizarse como una amenaza ó un castigo. ¹⁴

La comunicación es el objetivo mas importante para poder impartir tratamiento odontológico, pero esta comunicación no solo debe ser entre el paciente y el dentista, sino también con la familia, no es posible ver por separado una sola esquina de este triángulo. El niño esta en la cúspide, es el foco de atención tanto para su familia como para el dentista. La actitud de la madre ha demostrado ser una influencia significativa en la conducta de sus hijos en el consultorio dental, las líneas de comunicación desde el ángulo del dentista enfatizan una mayor diferencia entre la odontología para adultos y para niños.

El tratamiento dental del niño es por lo tanto, sumando las esquinas del triángulo; el niño, el dentista y su familia.¹⁹

Para los niños mas pequeños entre 2 y 3 años, la presencia del padre ó la madre es indudablemente un factor que produce seguridad en el niño y

favorece que el tratamiento se realice con menores contratiempos, especialmente durante las primeras visitas.

Para los niños de más de 4 años de edad la presencia de un adulto resulta menos importante, se ha sugerido, incluso, que la permanencia de los padres puede deteriorar el contacto entre el dentista y el niño. Este puede solicitar el consuelo del padre, situación que empeora si el padre o la madre, interfieren en la conversación ó el tratamiento. 4

Experiencias previas

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

Coeficiente Intelectual.

No existen muchos estudios que correlacionen el coeficiente intelectual con la ansiedad y la conducta en el ámbito dental por lo que no hay evidencia sólida, pero parece que a los niños con menor coeficiente intelectual sienten más miedo hacia el profesional; lo mismo ocurre con los niños superdotados, aparece una relación curvilínea entre miedos dentales y coeficientes intelectuales.

Edad

La edad influye decisivamente en la conducta del niño ante una visita inicial. Los pacientes de 3 y 4 años muestran una variedad más amplia de

conductas que los mayores y las conductas inapropiadas, así como la ansiedad, disminuyen con la edad. La influencia social, la actitud de la familia y las experiencias previas son factores que van a influir en el nivel de ansiedad del niño de cualquier edad.

Sexo

No parece existir diferencias según el sexo de los niños preescolares. Las diferencias respecto al sexo preescolar pueden incrementar con la edad debido a diversos procesos de socialización. Solo a partir de los 7 años, las niñas muestran más miedo que los niños. Eibarbiera L. sugiere que los niños presentan mejores conductas que las niñas cuando se les dan instrucciones rígidas de cómo han de comportarse.³

Duración de la visita

Las visitas no deben de ser demasiado largas y es fundamental hacer pausas. Visitas de corta duración parecen mas apropiadas para niños preescolares. Se consideran visitas cortas aquellas que duran menos de 30 minutos. El tiempo de atención que pueden ofrecer es realmente corto y parece razonable suponer que con visitas largas las posibilidades de perder la cooperación aumentan.

Hora de visita

Las visitas por la mañana son preferibles a las visitas por la tarde en niños de más corta edad, ya que por la mañana no están tan cansados como por

la tarde y además pueden ofrecer un mayor rendimiento. Además el profesional esta menos cansado y por ello más preparado para enfrentarse a conductas negativas. A medida que los niños se van haciendo mayores, la hora de visita va dejando de ser un factor importante. 3

2.0 ANTECEDENTES DE LAS TÉCNICAS

El concepto anticuado de que el niño es un adulto pequeño o en miniatura, no fue abandonado hasta el siglo de las luces, los trabajos del filósofo Jean Jaques Rousseau (1712 – 1778), que hicieron especial hincapié en que los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente. 4

En épocas pasadas, cuando la odontología aún no se orientaba hacia la prevención, recomendar la edad de los tres años para iniciar el cuidado odontológico parecía prudente desde el punto de vista del manejo del paciente. 20

Chambers menciona en el año de 1977 la existencia de una variedad de técnicas ya aprobadas que ayudan de manera confiable al profesional en el control de los niños pequeños.21

Hasta no hace mucho, poca investigación había sido realizada para brindar respuestas a problemas comunes asociados con el manejo conductual en los niños, en años recientes la profesión ha sido testigo de un incremento en la investigación sobre aspectos básicos de la modificación de la conducta. Aunque las interpretaciones psicosexuales freudianas siguen siendo importantes, ha habido una tendencia a apartarse de este enfoque. Varias técnicas relativamente nuevas han sido desarrolladas a partir de las

ciencias sociales, algunas de las cuales son: desensibilización sistemática, hipnosis, audio distracción, modelamiento, la mayoría de éstas han comprobado ser al menos parcialmente exitosas para modificar alguna conducta del niño. Chamber señala éxitos individuales con el decir - mostrar - hacer, el ejercicio de manos sobre boca, refuerzo por señales, control de voz y restricción.

Pinkham enfatiza en que el odontólogo que trata a los niños debe perfeccionarse en la observación y análisis, de la conducta infantil. 10

2.1 TÉCNICAS UTILIZADAS COMO APOYO PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazadas por mecanismos de defensa y de experiencias previas, el dentista deberá de ser capaz de definir la conducta apropiada e inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. 3

A diferencia de los adultos cuya conducta en el consultorio es la de "sufrir en silencio" debido a las normas y presiones sociales, los niños muy probablemente expresarán ansiedad actuando y comportándose destructivamente y representa para el clínico un problema en relación al manejo de la ansiedad.²⁰

El dentista que trabaja con los niños deberá estar conciente de algunos principios básicos de las dinámicas conductuales operantes.

Un evento que antecede, a menudo reconocido como un estímulo, provoca una conducta en particular o una combinación de conductas que a su vez pueden producir una consecuencia o consecuencias particulares. Esta es la percepción y la integración del estímulo o estímulos los cuales son moderados por la condición del desarrollo del niño, las experiencias previas y el temperamento básico.

Las conductas resultantes pueden ser motoras (físicas), afectivas (emocional), o cognoscitivas (intelectual), la consecuencia es un evento o respuesta que el niño comprende que es para castigar o para reforzar. Como consecuencia las conductas a menudo determinan la forma en que el niño se comportará al recibir el mismo estímulo ó uno similar. Una aguja mostrada a un niño de 6 años de edad que previamente ha tenido experiencias negativas de tratamientos dentales, puede provocar llanto y resistencia física.

Sin embargo este es el momento en el que el Cirujano Dentista puede manejar y enseñar al niño mediante el control de las consecuencias. Por ejemplo, el dentista puede elegir entre ignorar el llanto, decirle al niño que deje de mover la cabeza y reconocer amablemente lo asustado que parece el paciente. Por otro lado, el Dentista puede elegir ignorar todas las conductas de falta de cooperación del niño, sujetarlo físicamente y alabar al niño en el momento en el que el paciente haga un intento por controlarse a sí mismo.¹¹

Las consecuencias deseadas, dependen de la personalidad del Dentista y del uso de refuerzos.

Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con mayor rapidez y por lo tanto deberá de ser algo que el niño identifica como para ser dado como consecuencia de su conducta.

El *refuerzo positivo* es un término teórico sinónimo de "recompensa". Un refuerzo positivo, se define como cualquier evento que sigue a una respuesta deseada e incrementa la posibilidad de esa respuesta o (conducta). Los refuerzos positivos típicos incluyen artículos tangibles como monedas o juguetes o eventos sociales, como elogio y atención y actividades como pasatiempo o ver la televisión.

El refuerzo positivo utilizado con más frecuencia es social, a menudo en forma de elogios. Aunque pueden utilizarse monedas o recompensas tangibles, un elogio es suficiente para la mayor parte de los niños.

Así el acto de premiar es una forma de refuerzo positivo. Retirar la aguja de la boca del niño, contingencia para que deje de llorar, es una forma de refuerzo negativo. En uno u otro caso, los refuerzos, sean negativos o positivos, intentan aumentar la frecuencia de la conducta deseada. Por el contrario para reducir la frecuencia o extinguir la conducta no deseada, el Dentista puede emplear el castigo. Este es un asunto delicado, que depende del concepto que el dentista tenga del castigo. Para esta discusión el castigo puede acarrear la presentación de los refuerzos negativos como hablar a gritos, sujetar al niño mostrar autoridad o colocarle una mano sobre la boca. La última técnica es discutible, pero en cada caso, el intento es terminar con rapidez una conducta intolerable. El castigo también puede emplearse a través del retiro de un refuerzo positivo como hacer que los padres salgan de la habitación o ignorar las conductas con las que el niño

pretende llamar la atención. Esta última técnica, se utiliza con conductas molestas pero tolerables como gemir, una inquietud ligera o tácticas dilatorias. 11

Para eliminar y reducir el miedo y la ansiedad ante el tratamiento odontológico se usan diversas técnicas. Con éstas se procura, además de disminuir el temor, enseñar al niño a encarar estrategias y motivación. Pueden usarse tanto para presentar la situación odontológica como para reacondicionar al niño temeroso a la odontología.

La mayoría de estas técnicas se basan en la teoría del aprendizaje la cual se basa en que los niños son perceptivos, aprenden y vuelven a aprender con facilidad.

Por las necesidades de nuestro estudio decidimos mencionar las más representativas y clasificarlas en: psicológicas, restrictivas y farmacológicas.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS DE ORDEN PSICOLÓGICO.

DECIR – MOSTRAR – HACER

Esta técnica fue popularizada por Adelston. Es muy sencilla, su objetivo es luchar contra el temor de un niño a los objetos y personas extrañas que lo rodean. El odontólogo puede reducir este temor, primero diciéndole al niño sobre la nueva situación y luego lo que va a hacer con ella, luego mostrándole el nuevo ambiente (mientras se vuelve a hablar sobre el) y finalmente, haciendo lo que se dijo que se haría (mientras se vuelve a hablar sobre ello). Este proceso de decir, mostrar y hacer deberá ser continuo desde la entrada del niño al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados en el tratamiento, a medida que se presenta cada nueva persona, instrumento o procedimiento al niño, debe usarse el decir, mostrar y hacer para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad, de manera tal que sea capaz de enfrentar la situación.²¹

Este método constituye el fundamento de la fase educacional para inducir en el paciente pediátrico dental un comportamiento cooperativo. La técnica es sencilla y por lo general muy útil.

La técnica diga - muestre - haga, probablemente sea la más usada. Los refuerzos para modificar la conducta significan que se permita la conducta positiva y se desaprobe la negativa. La conformación de la conducta es

una combinación del diga – muestre - haga y del refuerzo positivo (elogio).

Incluye lo siguiente.

*Diga – muestre – haga.

*Elogio.

*Observación de las reacciones.

*Si es positiva introducir una nueva etapa.

*Si es negativa, entrenar adicionalmente el paso actual.

La repetición de esas etapas de acuerdo con una secuencia en los pasos del tratamiento, desde el más fácil hasta el más difícil de aceptar. 5

La conducta condicionada indeseable puede eliminarse cuando no existen estímulos de refuerzo. Este proceso se acelera mediante la impresión de estímulos para la modificación de la conducta.

Tras revisar los principales factores psicológicos que gobiernan el éxito de la técnica diga muestre y haga, queda una cuestión por resolver: como puede comportarse el Dentista en relación con el niño. A este respecto pueden darse unas cuantas normas sencillas:

1. *Informar sobre el niño.* En cada visita reservar cierto tiempo para charlar. Recordar el nombre del niño y tratar de descubrir algo sobre sus aficiones, gustos y todo aquello que puede disgustarle.
2. *Describir el tratamiento que vaya a realizarse.* Describir en forma sencilla y directa cual va a ser el tratamiento y cuales sus razones.
3. *Mostrar los instrumentos y el equipo.* Enseñara al niño como funciona el sillón dental, la lampara operatoria, la luz, la escupidera y los diversos instrumentos.

4. *En caso necesario realizar una operación simulada.* Para un niño de edad preescolar es una verdadera prueba acostumbrarse a la consulta y al personal dental, por ello es importante una cita breve donde se limpien los dientes y se les pincelen con una solución de flúor puede ser una experiencia suficiente como primera visita.
5. *Presentar un plan de tratamiento adecuado para la sección y llevarlo a cabo.* Decir al niño con precisión lo que se le va a hacer durante la visita.
6. *Trabajar con tranquilidad.* Evitar los movimientos bruscos y no manejar los instrumentos de forma que hagan ruido.
7. *Tratar de interesar y distraer al niño.* Lo que se dice en una conversación no es tan importante como conseguir que la voz suene amistosamente.
8. *Períodos adecuados de tratamiento.* Los niños de edad preescolar deberán de ser tratados preferiblemente por la mañana, que es cuando se encuentran más despiertos, la visita no debe de ser demasiado larga y es fundamental hacer pausas.
9. *Demostrar que los logros de los niños se valoran.* Esto puede hacerse mediante palabras pero si se considera conveniente pueden también utilizarse pequeños regalos como refuerzo.⁴

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Los terapeutas de la conducta han encontrado que la desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos para la reducción de la ansiedad mal adaptada. La técnica implica comúnmente enseñar al paciente como inducir un estado de profunda relajación muscular y a describir, mientras está relajado, escenas imaginarias vinculadas con sus temores. Estas escenas son presentadas al paciente en una forma gradual o por jerarquía, de manera que aquellas que provocan sólo una mínima ansiedad sean descritas al principio. Gradualmente van aflorando situaciones con un potencial mayor de stress, sin embargo, la ansiedad es minimizada por uso de relajación.

Wolpe ha sugerido que la desensibilización sistemática es efectiva debido a que el paciente aprende a sustituir una respuesta de relajación apropiada o adaptativa, en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada como sería la ansiedad.

El uso de la técnica de la desensibilización sistemática con relajación muscular profunda y la presentación de situaciones imaginarias provocadoras de ansiedad requiere, frecuentemente de 15 a 25 sesiones de terapia para entrenar al paciente apropiadamente en la relajación muscular y reducir la ansiedad, de manera para que el paciente respire y expire como si estuviese inflando un globo ò moviendo los brazos para arriba y hacia abajo como si estuviera haciendo deportes, de esta manera el paciente se relajara y se podrá continuar con su tratamiento ya que este tranquilo. 21

MODELAMIENTO

El procedimiento básico consiste en permitirle al paciente que observe uno o más individuos (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. Los modelos puede estar presentes (en vivo) o filmados (simbólico o Real) con resultados igualmente exitosos.

Existen numerosas opiniones con respecto a la posibilidad de modificar la conducta del niño mediante películas ó cintas de vídeo sobre la actividad dental. Por otra parte, la observación de otros niños sometidos a un tratamiento dental sin complicaciones o el juego con un teatro de marionetas tienen también éxito en la modificación de la conducta en determinados casos.

REFORZAMIENTOS POSITIVOS O NEGATIVOS

Los reforzadores, por definición siempre aumentan la frecuencia de una conducta. Existen dos tipos de reforzadores, positivos y negativos. Un reforzador positivo es uno cuya presentación contingente aumenta la respuesta de una conducta. Un reforzador negativo es uno cuyo retiro contingente aumenta la frecuencia de una conducta. Así un reforzador negativo es comúnmente la terminación de un estímulo aversivo.

Los reforzadores pueden también ser clasificados como *sociales* o *de actividad* y *materiales*. Los materiales son tal vez los más efectivos para los niños, y frecuentemente perniciosos para la salud bucal.

La formación de la caries impide el uso de reforzadores consumibles tales como caramelos, goma de mascar y pasteles. Los sociales posiblemente representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores que afectan la conducta humana. El elogio, las expresiones faciales positivas, la cercanía y el contacto físico, son reforzadores efectivos. debido a que la gente ha aprendido a valorar otras personas.

HIPNÓISIS

Una de las opciones poco aplicadas en la odontología para el manejo de la conducta del paciente infantil es la Hipnodoncia que tiene como característica buena relajación y apariencia de letargo. dándonos como resultado actitudes positivas así como una fuerte motivación y expectativa de la situación , sin llegar a suprimir los signos vitales.^{24 - 25}

La hipnosis ha sido una técnica evaluada en el manejo del paciente adulto e infantil que presenten ansiedad ò resistencia al tratamiento dental. ²⁶

Estudios realizados en al año 2001 en nuestro país mostraron que la hipnosis puede ser una buena alternativa en el tratamiento odontológico con el paciente infantil pero solo bajo ciertas circunstancias como la aplicación de manera correcta de un profesional preparado en la materia, posee propiedades que pueden suplir a la anestesia química, mejorando la conducta, ya que disminuye la ansiedad el estrés y el miedo. ²⁷

ESTRUCTURACIÓN DEL TIEMPO

Consiste en dividir el tratamiento programado en períodos cortos de algunos segundos cada uno y con períodos de descansos. Para algunos niños resulta útil que sólo se seguirá trabajando hasta contar por ejemplo hasta el número diez. La estructuración del tiempo provee al niño, la certeza temporal sobre el tiempo en que se requiere su cooperación, facilitándole el control de su ansiedad. 23

TÉCNICAS DE ORDEN RESTRICTIVO

CONTROL DE VOZ

El control de voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz en un intento de dominar la interacción entre el profesional y el niño. Por ejemplo, un odontólogo puede hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interruptiva, o cuando este grita, simplemente para ser escuchado. Una vez ganada su atención, el profesional puede bajar la voz ajustándola a la del niño. El control de voz es usado, junto con alguna forma de restricción física y la técnica de manos sobre boca.

Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "aquí mando yo". La expresión facial del odontólogo también debe reflejar esta actitud de seguridad; de hecho puede ejercer este control con la sola expresión facial. 22

RESTRICCIÓN FÍSICA

La restricción física del niño incluye el uso de abre bocas, restricción por parte del odontólogo y/o asistente dental, correas unidas al sillón dental, y el uso de envolturas corporales tales como sabanas u otros dispositivos.

Los abre bocas se emplean sólo en el momento de la inyección, para evitar que los niños cierren sus bocas y se lastimen, así también como en el caso de provocar fatiga debido a una sesión larga, y para que el niño revoltoso o

desafiante que cierre constantemente la boca con el fin de interrumpir el tratamiento.

BABY FIX

Las sábanas o envolturas corporales pueden ser usadas también para restringir los movimientos. Este tipo de restricción no asegura al niño al sillón, a menos que sea también usada una sábana adicional (atada alrededor del paciente al sillón). El tipo de restricción con sábana es utilizada frecuentemente para el niño muy pequeño (de menos de 2 años de edad), entre los restrictotes podemos mencionar baby fix, la red y pedigrap.

MANO SOBRE BOCA

La técnica mano sobre boca ha sido utilizado por los odontólogos por más de 50 años. La técnica fue descrita por primera vez en la década de los 20's por la doctora Evangelina Jordan, quien escribió: "si un niño normal no escucha si no que continua gritando y forcejeando...sostenga una compresa doblada sobre la boca del niño...y mantenga su boca cerrada pero firmemente. Sus gritos aumentaran su condición de histeria, pero si la boca es mantenida cerrada hay poco ruido, y pronto comenzara a razonar".

La técnica está indicada para los niños normales momentáneamente, histéricos, beligerantes o desafiantes. Es imperativo que esto sea usado en los niños con suficiente madurez como para comprender las simples órdenes verbales. La técnica mano sobre boca no es una técnica para el

niño muy pequeño, el inmaduro, el atemorizado ó el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional.

El objetivo de la técnica manos sobre boca, es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que pueda ser establecida la comunicación. 23

TÉCNICAS DE ORDEN FARMACOLOGICO

ANALGESIA CON OXIDO NITROSO.

La analgesia del óxido nitroso (N₂O) y oxígeno (O₂) fue utilizada en 1968 por Andrews como anestésico general y actualmente sigue aplicándose en diferentes procedimientos médicos a dosis tanto anestésicas como analgésicas. Está indicado para el control de la ansiedad en pacientes poco cooperadores ya que eleva el umbral del dolor. Su acción terapéutica se obtiene a los 5 minutos, su concentración puede controlarse a través del flujómetro, variando así la profundidad de la sedación. Así mismo el paciente puede recuperarse en un lapso de tres a 5 minutos inhalando oxígeno a 100%, lo que elimina la posibilidad de que se presente un cuadro de hipoxia por difusión. 28

SEDACIÓN PROFUNDA

Es bastante inusual en la consulta dental, las vías de administración más comúnmente usadas son la rectal, la nasal y la intramuscular. Mediante este tipo de sedación el paciente tiene un nivel de conciencia deprimida, a partir del cual, si las dosis son correctas, es fácil despertarlo mediante una estimulación física y verbal.

Los agentes más comúnmente usados en sedación profunda son el acepan, midazolam y la ketamina. 14

Existe algún otro tipo de técnicas de uso reciente y que han probado tener resultados aceptables como:

AUDIO DISTRACCIÓN.

La audio distracción es una técnica no aversiva incorporada recientemente, en la cual los pacientes escuchan música o historias durante un procedimiento estresante, muchos dentistas creen que esta técnica puede reducir el dolor y la ansiedad en los pacientes pediátricos aunque no se han encontrado evidencia suficiente de que así sea.²⁹

Estudios recientes han encontrado que la audio distracción no es tan eficiente reduciendo la ansiedad, dolor ó la no cooperación del comportamiento durante las restauraciones dentales, sin embargo los pacientes han reportado disfrutar escuchar la música durante sus visitas.³⁰

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los tipos de técnicas de manejo de conducta aplicadas por Cirujanos Dentista de practica general y de Cirujanos dentista con especialidad con formaciones diferentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer el tipo de Técnica de modificación de conducta aplicado a pacientes con conducta positiva.
- Conocer el tipo de Técnica de modificación de conducta aplicado a pacientes con conducta negativa.

HIPÓTESIS.

Los Cirujanos Dentistas con especialidad aplican un mayor Número de Técnicas de modificación de conducta que los Cirujanos Dentistas sin especialidad.

Los Cirujanos Dentista con especialidad aplican las mismas técnicas de la modificación de conducta que los Cirujanos Dentistas de Practica General.

METODOLOGÍA.

- A) **TIPO DE ESTUDIO:** Es un estudio de tipo descriptivo, prolectivo y transversal.
- B) **UNIVERSO DE ESTUDIO:** Cirujanos Dentistas de práctica general que ejerzan su profesión en cualquiera de las 16 delegaciones del Distrito Federal y con especialización egresados del posgrado de CU, Universidad Tecnológica de México, Posgrado F.E.S. Zaragoza, Hospital Infantil de México.
- C) **POBLACIÓN DE ESTUDIO:** 187 Cirujanos Dentistas que ejercen su práctica profesional en niños y que residen en el Distrito Federal.
- D) **CRITÉRIOS DE INCLUSIÓN:** Cirujanos Dentistas que atiendan niños.
- E) **CRITÉRIOS DE EXCLUSIÓN:** Cirujanos Dentistas que no atiendan niños
- F) **INSTRUMENTO Y TÉCNICAS:** se realizará una entrevista por escrito en base a que tipo de manejo conductual se aplica a los pacientes infantiles , con estas respuestas obtendremos datos importantes acerca de las técnicas más utilizadas de manejo de la conducta de los pacientes infantiles.
- G) **DISEÑO ESTADÍSTICO:** se obtendrá frecuencias y porcentajes de los profesionales que conozcan y aplican las diferentes técnicas a través de la X^2
- H) **VARIABLES:**

CUALITATIVAS	CUANTITATIVAS	
Sexo	Edad	
Aplicación de la técnica	Tiempo de egreso	
Formación	Conocimiento de la técnica	
Tipo de práctica	Alto	+ de 8 técnicas
	medio	De 5 a 8 técnicas
	bajo	- de 5 técnicas

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE MEDICIÓN
SEXO	Condición orgánica que distingue a una especie en dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción.	MASCULINO FEMENINO
EDAD	Cantidad numérica en años que posee una persona.	No. DE AÑOS.
FORMACIÓN	Capacitación que se le da a un individuo para realizar alguna labor específica.	HOSPITALARIA TRADICIONAL MODULAR
TIPO DE PRÁCTICA	Características de donde desempeña su práctica profesional	PRIVADA INSTITUCIONAL
TIEMPO DE EGRESO	Cantidad numérica en años de haber terminado sus estudios profesionales.	CANTIDAD DE AÑOS DE HABER EGRESADO DE SUS ESTUDIOS.
CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA	Información que a adquirido a cerca del desempeño de con el que se lleva acabo la utilización determinada técnica de manejo	ALTO + 8 MEDIO 5-8 BAJO -5
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA	Manera como se desempeña el uso de determinada técnica con la finalidad de una adecuada utilización.	NOMBRE DE LA TÉCNICA QUE SE UTILIZO.

RECURSOS.

Materiales.

- ✓ Papelería
- ✓ Computadora.
- ✓ Encuestas.
- ✓ Programa para la evaluación de los datos.
- ✓ Grabadora.
- ✓ Fotocopias.
- ✓ Teléfono celular.

Humanos.

- ✓ Pasante.
- ✓ Director de tesis.

Físicos.

- ✓ Clínicas odontológicas.
- ✓ Transporte.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	2004																					
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D										
Elaboración de proyecto						█	█	█	█	█	█	█										
Aplicación de encuesta										█	█	█	█									
Presentación de resultados de la encuesta														█								
Evaluación de resultados de la encuestas															█	█	█					

RESULTADOS.

Se encuestaron a 163 Cirujanos Dentista el 59% del sexo Femenino y 41% de sexo masculino.

La distribución por edades y años de egreso se presentan en los cuadros 1 y 2 la distribución en relación a los estudios de postgrado realizados se presenta en el grafico 1.

La distribución en años de egreso de la licenciatura de los diferentes grupos de Cirujanos Dentistas se muestra en el cuadro 2.

Al análisis de la encuesta observamos que los conocimientos de los grupos sobre las técnicas de modificación de conducta, resulto ser diferente para cada uno de los grupos con diferencias estadísticas asignadas $P < 0.05$

Los cuadros 3,4 y 5 Muestran el porcentaje de Cirujanos Dentistas que manifestaron conocer las diferentes técnicas para el abordaje infantil en el consultorio dental.

El grupo de Cirujanos Dentistas con especialidad en diferentes áreas reportaron tener conocimiento medio sobre técnicas de manejo psicológico y restrictivo mientras que el conocimiento de técnicas farmacológicas fue bajo. Cuadros 3,4 y 5.

El grupo de Cirujanos Dentistas Odontopediatras mostraron tener un conocimiento alto sobre los tres tipos de técnicas; psicológicas restrictivas y farmacológicas.

Con respecto a la hipnosis, el 39% de los Cirujanos Dentistas sin postgrado aceptaron conocer esta técnica, en comparación con el 69% de los especialistas en odontopediatria y del 26% de los especialistas en otras áreas.

Al análisis sobre las respuestas emitidas sobre la aplicación de técnicas para la modificación de conducta todos los Cirujanos Dentistas que participaron en este trabajo manifestaron atender pacientes pediátricos con buena conducta, sin embargo cuando se les pregunto acerca de los pacientes pediátricos de conducta negativa el 60% de los Cirujanos Dentistas de práctica general, así como el 81% de los Cirujanos Dentistas especialistas en diversas Áreas reportaron no atender a ese tipo de pacientes.

Las técnicas de manejo conductual más aplicadas en pacientes cooperadores por los diferentes grupos de Cirujanos Dentista encuestados se presenta en el cuadro 6.

Las técnicas de manejo conductual mas aplicadas en pacientes no cooperadores por los diferentes grupos de Cirujanos Dentistas encuestados se presenta en el cuadro 7.

Cabe señalar que al comparar los grupos en Eslid hubo diferencias estadísticas en la aplicación de las técnicas $P < 0.05$

La hipnósis fue aplicada por un bajo porcentaje de los Cirujanos Dentistas con especialidad, 2% de los Odontopediatras reportaron aplicarla a pacientes cooperadores y al 8% de los pacientes no cooperadores, los especialistas en otras áreas reportaron utilizar en el 2% de los pacientes cooperadores y al 4% de los pacientes no cooperadores.

La frecuencia con la cual los diferentes grupos de Cirujanos Dentistas aplican las diversas técnicas de manejo conductual a pacientes cooperadores se muestran en los gráficos 3,4 y 5.

La frecuencia con la que los diferentes grupos de Cirujanos Dentistas aplican las diversas técnicas de manejo de conducta a pacientes no cooperadores se muestran en los gráficos 6,7 y 8.

La Hipnosis fue aplicada por un bajo porcentaje de Cirujanos Dentistas con especialidad: 10% de los Odontopediatras y 6% de los especialistas en otras áreas.

Al análisis sobre la edad de los encuestados y la elección de alguna técnica en particular no se reportó alguna diferencia consistente, todos los grupos sin importar la edad eligen las mismas técnicas para atender pacientes.

Cuadro 1

Distribución por edades de los Cirujanos Dentistas encuestados.

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 – 30	64	39
31 – 40	41	25
41 – 50	37	23
51 – 51	21	13
TOTAL	163	100%

Cuadro 2.

Años de Egreso de licenciatura de los Cirujanos Dentista encuestados.

AÑOS DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 – 5	44	27
6 – 10	41	25
11 – 15	23	14
16 – 20	22	13
+ de 20	33	20
TOTAL	163	100%

Cuadro 3.

Frecuencia y porcentaje de Cirujanos Dentistas que Aceptaron conocer las diferentes técnicas de manejo de la conducta psicológicas.

Técnicas	CD. Práctica General		CD. Odontopediatras		CD. Especialistas en otras áreas	
	Total	%	Total	%	Total	%
Decir, Hacer Mostrar,	60	98.3%	49	100	53	100%
Desensibilización sistemática	51	83.6%	49	100%	46	86.7%
Reforzamiento	52	85.2%	49	100%	49	92.4%
Modelamiento	35	57.3%	48	97.9%	23	43.3%
Imaginación Guiada	33	54%	45	91.8%	11	20.7%
Estructuración del Tiempo	20	32.7%	37	75.5%	6	11.3%

Cuadro 4.
Frecuencia y porcentaje de Cirujanos Dentistas que aceptaron conocer las diferentes técnicas Restrictivas.

TÉCNICAS	CD. Práctica General		CD. Odontopediatras		CD. Especialistas en otras áreas	
	Total	%	Total	%	Total	%
Mano Sobre Boca	49	80.3%	49	100%	37	69.8%
Control de Voz	54	88.5%	48	97.9%	36	67.9%
Restricción Física	55	73.7%	47	95.9%	20	37.7%

Cuadro 5.

Frecuencia y porcentaje de Cirujanos Dentistas que aceptaron conocer las diferentes técnicas de manejo farmacológico.

TÉCNICAS	CD. Práctica General		CD. Odontopediatras		CD. Especialistas en otras áreas	
	Total	%	Total	%	Total	%
Analgésia con O ₂ NO ₂	18	29.5%	41	83.6%	9	16.9%
Sedación	34	55.7%	48	97.95	23	43.3%
Anestesia General	32	52.4%	40	81.6%	22	41.5%

Cuadro 6.

Reporte sobre aplicación de técnicas psicológicas para el manejo de la conducta en pacientes infantiles cooperadores por Cirujanos Dentistas Con diferente formación.

TÉCNICA		CD. Práctica Gral.	CD. Especialistas en otras áreas	CD. Odontopediatras
Decir	Mostrar	97%	96%	92%
Hacer				
Desensibilización sistemática		75%	84%	92%
Reforzamiento		70%	73%	85%
Modelamiento		41%	11%	61%
Imaginación Guiada		41%	11%	18%
Estructuración del tiempo		8%	4%	12%

Cuadro 7.

Reporte sobre técnicas de manejo conductual mas aplicadas en pacientes infantiles no cooperadores por cirujanos Dentistas con diferente formación.

TÉCNICAS	CD. Práctica Gral.	CD. Especialistas en otras Áreas	CD. Odontopediatras
Desensibilización sistemática	79%	4%	73%
Control de voz	71%	4%	31%
Mano sobre boca	50%	11%	43%
Técnicas Farmacológicas	1.6%	2%	54%
Restricción Física	10%	9%	24%

Cuadro 8

Reporte sobre técnicas de manejo conductual más aplicadas en pacientes infantiles no cooperadores por cirujanos Dentistas con diferente formación.

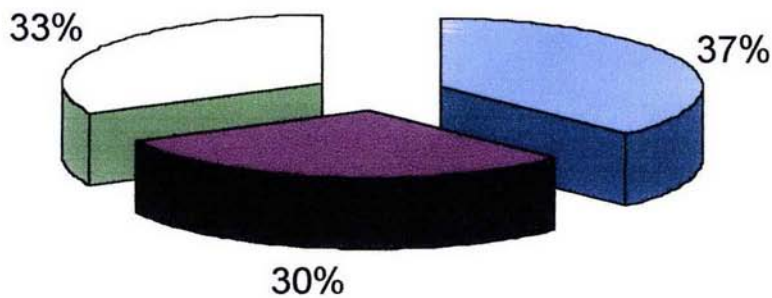
TÉCNICAS	CD. Práctica Gral.	CD. Especialistas en otras Áreas	CD. Odontopediatras
Desensibilización sistemática	79%	4%	73%
Control de voz	71%	4%	31%
Mano sobre boca	50%	11%	43%
Técnicas Farmacológicas	1.6%	2%	54%
Restricción Física	10%	9%	24%

Grafico 1.

Estudios de Los Cirujanos Dentistas encuestados.

CD. Con especialidad en
Otras Areas

CD. De Practica
General



CD. Con especialidad en
Odontopediatria

Gráfico 2.

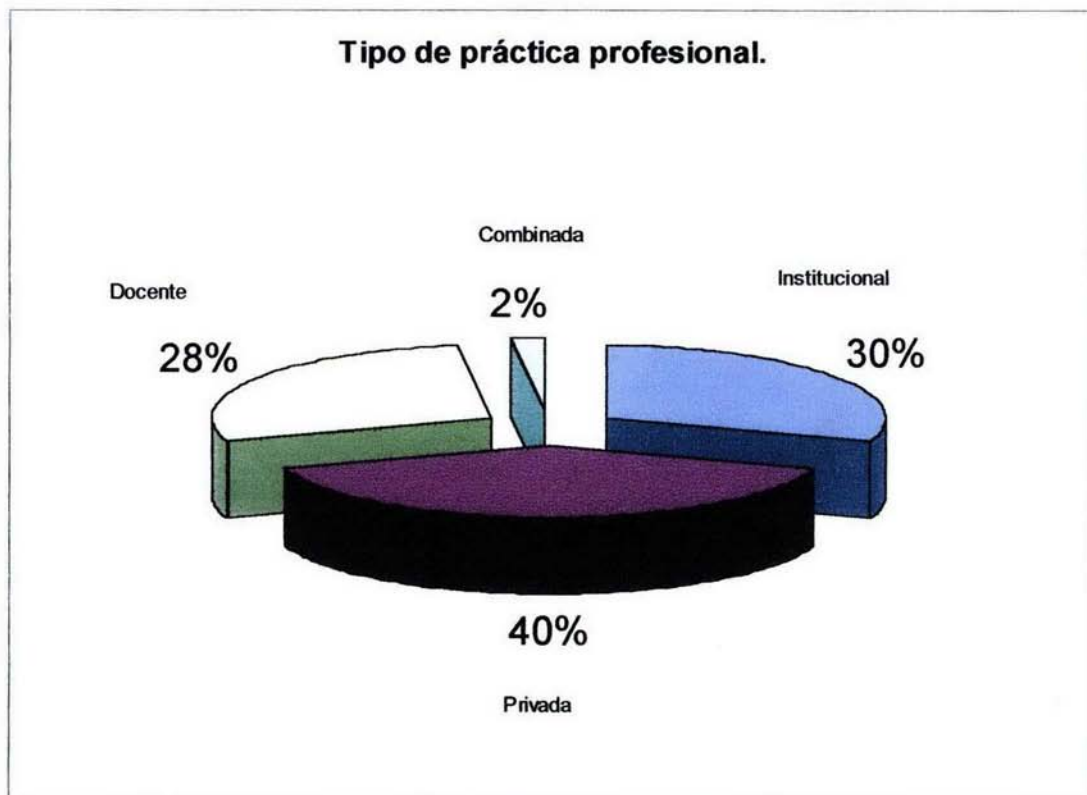


Gráfico 3.

Frecuencia de uso de las técnicas de manejo de conducta en pacientes infantiles cooperadores por Cirujanos Dentistas de práctica general.

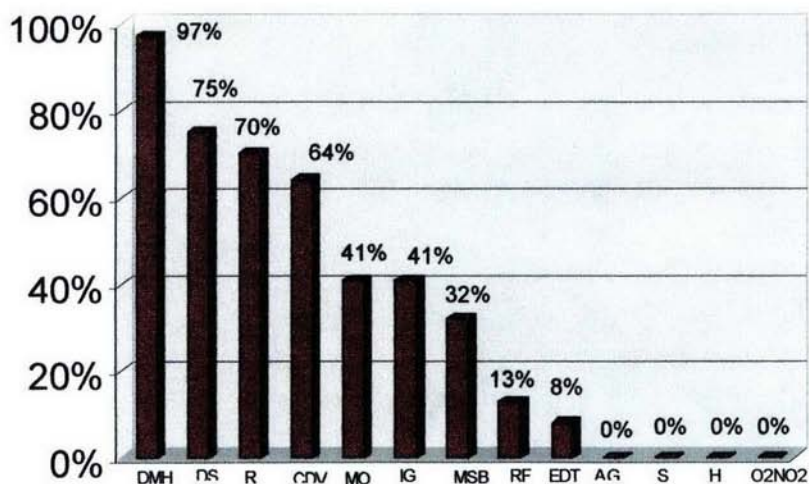


Gráfico 4.

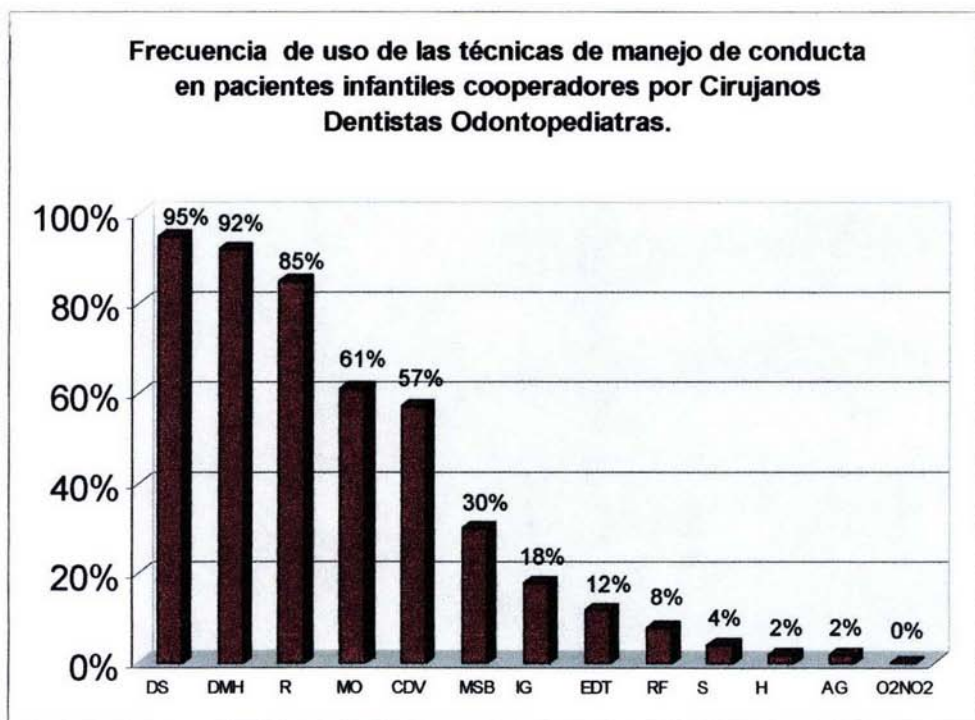


Gráfico 5.

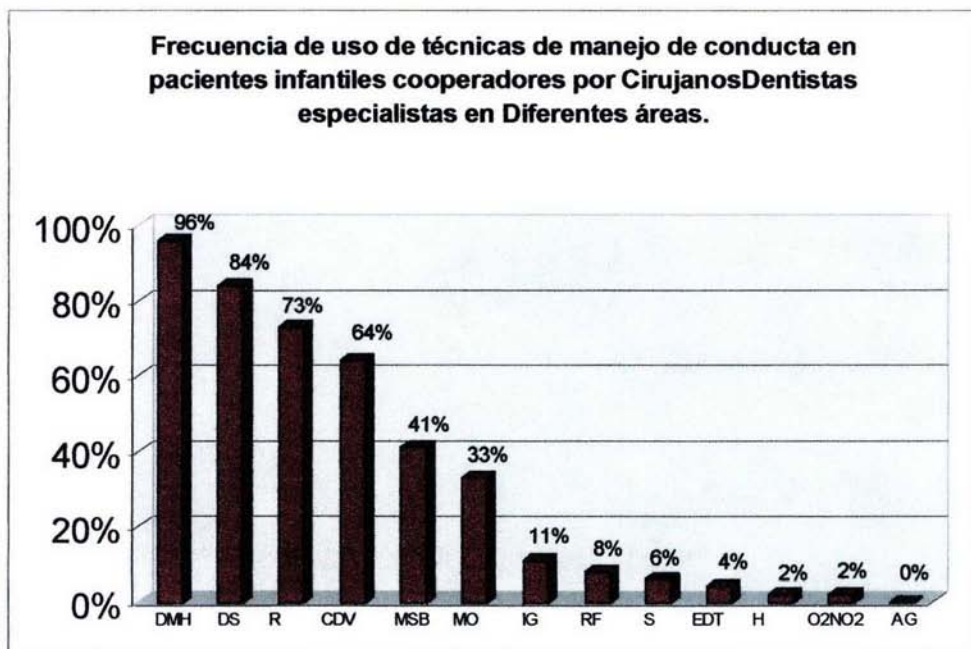


Gráfico 6.

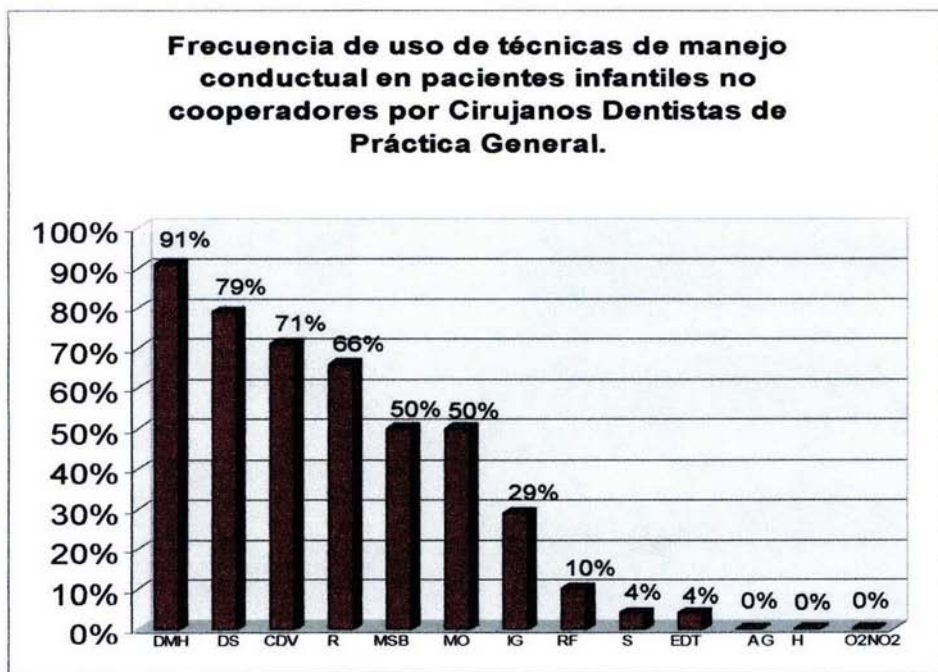


Gráfico 7.

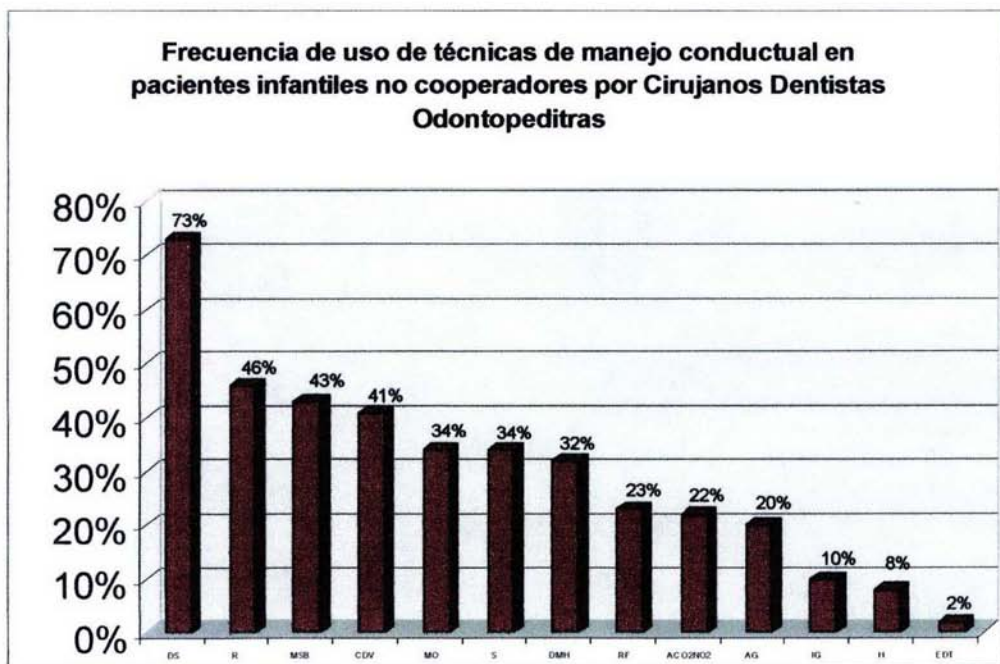
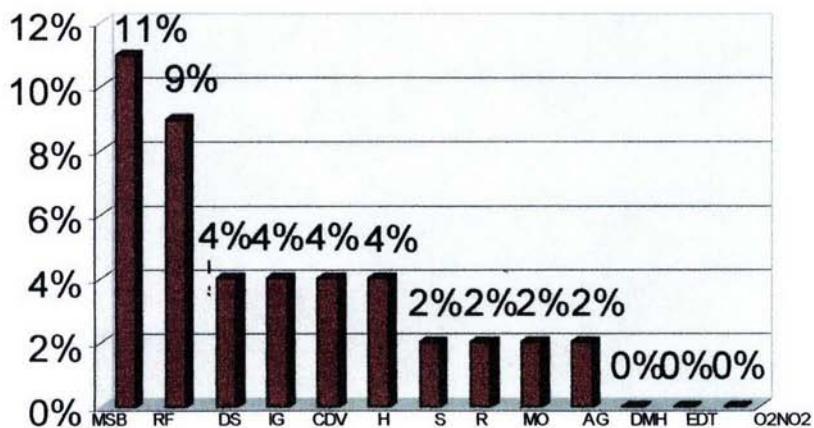


Gráfico 8.

Frecuencia de uso de técnicas de manejo conductual en pacientes infantiles no cooperadores por Cirujanos Dentistas especialistas en diferentes areas.



DISCUSIÓN

La angustia es un estado normal que puede ser provocado por muchos factores, puede tener una etiología psicológica. 31

La aplicación de técnicas de modificación de la conducta es de suma importancia durante el tratamiento estomatológico, ya que nos permite lograr la cooperación del niño y de esta forma realizar los procedimientos con mayor calidad.

El miedo o ansiedad que presentan los menores durante el tratamiento provoca conductas negativas que interrumpen con movimientos y llanto el trabajo del estomatólogo.

En este trabajo se analizó las respuestas que sobre conocimiento y aplicación de técnicas brindaron diferentes grupos de Cirujanos Dentistas, Con respecto al conocimiento sobre las técnicas, el grupo de Cirujanos Dentistas sin postgrado tuvo un nivel medio, con un promedio de 8 técnicas, resultado, ligeramente mayor a lo reportado por especialistas en otras áreas y menor a las 12 técnicas reportadas por los especialistas en Odontopediatría.

Lo anterior es lógico, dado que uno de los objetivos primordiales de los programas de postgrado en odontopediatría es profundizar sobre el manejo psicológico del niño.

La Técnica que resulto mas difundida entre los diferentes grupos fue la de "Decir, Mostrar Hacer" que es conocida por más de 90 % de los encuestados. Esta técnica propuesta por el Dr. Adelston permite que el niño se familiarice con los instrumentos y procedimientos del consultorio, logrando la confianza del paciente. El reforzamiento también es conocido por la mayoría de los Cirujanos Dentistas y esta basado en el conductismo ya que permite mediante reforzadores tangibles y de expresión modificar la conducta de los niños, cabe señalar que técnicas como la estructuración de tiempo son poco conocidas inclusive entre los propios especialistas en niños. Al respecto, esta técnica ayuda a controlar el estrés debido a que al dividir el tratamiento en periodos cortos, permite que el niño conozca cuando vamos a terminar el tratamiento y esto le ayuda a controlar su miedo y adquirir confianza.

Sharif A. y Cols mencionaron que las técnicas como Decir, mostrar y hacer, reforzamiento y Desensibilización sistemática tienen una mayor aceptación por parte de los padres de los pacientes. ³²

Al analizar el número de Cirujanos dentistas que reportaron tener conocimientos sobre las técnicas restrictivas y farmacológicas observamos que fue menor con respecto a las psicológicas. La técnica Mano sobre

boca es conocida por el 82% de los encuestados y es utilizada por sólo el 38%, estudios realizados consecutivamente en los años 1979, 1989 y 1999 en los Estados Unidos reportaron un decremento del 50% en el uso de Mano Sobre Boca. No obstante los estudios de postgrado continúan enseñando su aplicación ³⁰.

Esta técnica tiene como objetivo lograr la atención del niño, está indicada en pacientes mayores de tres años con conducta obstinada y cabe señalar que su utilización debe ser realizada con el consentimiento de los padres. En este trabajo se observó que el 62% de los encuestados no utilizan consentimiento escrito en su práctica profesional, lo cual representa ser menor comparado con el 80% de Odontopediatras encuestados en los Estados Unidos quienes manifestaron utilizar algún tipo de consentimiento ya sea escrito o verbal ³³.

Así también al comparar los conocimientos sobre técnicas farmacológicas observamos que la menos conocida fue la Analgesia con Oxido nitroso. Esta técnica tiene como objetivo aumentar el umbral del dolor y lograr que el paciente sea menos sensible a los estímulos dolorosos, requiere de un equipo especial y costoso por lo que no es muy difundida su utilización en nuestro país, aunque es muy utilizada en otros países.

Debe señalarse que al preguntar sobre la atención a pacientes no cooperadores se observó que el 49% de los encuestados respondieron no

dar tratamiento a estos pacientes, correspondiendo en un 46 % al grupo de práctica general y en un 54% al grupo de profesionales con otras especialidades diferentes a la odontopediatría. Lo que indica la importancia de incluir en los programas de pre grado contenidos sobre ésta área, además de cursos de actualización ya que el manejo conductual es una limitante en el ejercicio de su práctica profesional, que los motiva a remitir los casos difíciles.

Cabe señalar que los niños no cooperadores requieren de un mayor número de citas y es importante que aquellos niños que son miedosos y ansiosos sean preparados para su tratamiento odontológico, esta preparación consiste en conocer los procedimientos dentales y sobretodo establecer una comunicación con el operador.³⁴

Al revisar las respuestas referentes a la aplicación de las diferentes técnicas empleadas por aquellos profesionales que aceptaron tratar niños no cooperadores observamos que una de las técnicas más utilizadas fue la desensibilización sistemática, cuyo objetivo es ganarse la confianza del niño llevándolo de los procedimientos más simples a los más complejos.

Kaakko concluyo que es benéfico para el manejo de la conducta el inicio con los procedimientos más sencillos. ³⁵

La restricción física resulto ser utilizada sólo por 27 de los encuestados correspondiendo 26% de los Cirujanos Dentistas sin estudios de

Postgrado, el 54% de odontopediatras y el 22% de los especialistas en otras áreas.

La encuesta reportó además que las técnicas Farmacológicas son empleadas por el 54% de los Especialistas en Odontopediatria, en comparación con sólo el 3.6 % de los Estomatólogos de los otros grupos. Al respecto se sabe que el manejo farmacológico requiere de formación hospitalaria, de manejo de vías aéreas, de instalación y equipo especiales como monitores, tanques de oxígeno y equipo rojo además de la integración del Cirujano dentista a equipos multidisciplinarios, por lo que su aplicación eleva los costos del tratamiento y su utilización es baja.

Con respecto a los pacientes cooperadores las técnicas más aplicadas fueron las siguientes: Decir, mostrar y hacer, Desensibilización sistemática, Reforzamiento y modelamiento, Esta última puede ser real o filmada, mediante la utilización de videos y permite que el paciente al tratar de identificarse con sus congéneres, modifique en forma positiva su conducta. Cabe señalar lo observado por nosotros resultó ser similar a un estudio realizado en la unión Americana donde se encuestó a 160 odontopediatras y se encontró una preferencia sobre el uso de técnicas clásicas como: Decir Mostrar Hacer, restrictivas y reforzadores, con una preferencia menor sobre las técnicas del modelamiento y distracción contingente. ³⁶

Otro estudio en el sudeste de los Estados Unidos reporto preferencia por: Decir, Mostrar y Hacer y Desensibilización sistemática. En dicho estudio, el uso de técnicas restrictivas como Mano Sobre Boca y Pappoose board fue bajo por presentar implicaciones legales para los profesionistas, sin embargo se continúan utilizando.³⁷

En éste trabajo solo el 38% de los encuestados reveló utilizar el consentimiento por escrito y la razón de ellos fue en la mayoría de los casos para evitarse problemas legales con los padres.

Este trabajo muestra que la modificación de conducta constituye un reto para el Cirujano Dentista que requiere de conocimiento de psicología y tiempo para conocer en forma más profunda al paciente infantil, interesarse por sus gustos, sus miedos y su entorno familiar ya que estos factores influyen directamente en su conducta.

Las técnicas aquí señaladas son utilizadas en forma cotidiana en la práctica odontopediátrica y son de fácil aplicación, por lo que creemos que su difusión entre los Cirujanos Dentistas de práctica general así como los especialistas en otras áreas que tratan niños es necesaria con la finalidad de brindar una mejor atención sobre todo durante las primeras experiencias dentales.

CONCLUSIONES.

1. Las técnicas de modificación de conducta más difundidas por los diferentes grupos de Cirujanos Dentistas encuestados son las que nosotros denominamos como psicológicas, más del 90% reportó conocerlas y más del 90% reportó aplicarlas.

2. Las 3 técnicas psicológicas que resultaron más difundidas entre los encuestados fueron: Decir, Mostrar y Hacer, Desensibilización y Reforzamiento.

3. No obstante que todos los encuestados atienden pacientes infantiles el 49% de ellos, reportó derivar a aquellos no cooperadores, lo cual pone de manifiesto la necesidad de modificar y aumentar los contenidos sobre desarrollo psicológico infantil en los planes de estudio de licenciatura con la finalidad de otorgar a los egresados más elementos para su práctica profesional.

4. En la comparación de los grupos que participaron en este trabajo se observó que los especialistas en odontopediatría conocen un mayor número de técnicas de modificación de la conducta, en comparación con los Cirujanos Dentistas de práctica general y los especialistas en otras áreas que mostraron un conocimiento medio.

5. La encuesta reportó que las técnicas restrictivas son utilizadas por el 43% de los Cirujanos Dentistas de Práctica general, 31% de los especialistas en odontopediatria y el 9% de los especialistas en otras áreas.

6. La técnica Mano Sobre Boca es utilizada por el 38% de los encuestados.

7. Las técnicas farmacológicas son conocidas por el 55% de los encuestados, sin embargo su aplicación no es muy común, solo el 53% de los odontopediatras aceptaron aplicarlas, el bajo índice de aplicación se debe a los requisitos de formación y costo de instalaciones.

8. Sólo el 38% de los encuestados mencionó utilizar consentimiento firmado por los padres para el uso de técnicas de manejo de conducta, lo cual pone de manifiesto que muchos de los encuestados desconocen las implicaciones legales que pueden resultar de la aplicación de algunas técnicas en el consultorio dental.

9. Los resultados de este trabajo sugieren la necesidad de implementar cursos de formación sobre desarrollo psicológico y las diferentes técnicas de modificación de conducta.

10. La iniciación de los pacientes infantiles hacia sus primeras experiencias dentales deberán ser satisfactorias, motivantes y exitosas, de estas visitas dependerá el seguimiento a sus necesidades de atención y que a la larga se traducirá en el mejoramiento y mantenimiento de su salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp>
- (2) Alpern G. Child development. Philadelphia. ED Wb Saunders Co.2da edición. 1975. p 13-22
- (3) Eibarbiera L. Odontopediatria, Barcelona España:ED. Masson; 2da edición; e3d.2001.p 115-119, 129-125.
- (4) Magnuson. Oodntologia Pediatria. Barcelona España: ED.Salvat Editores; ed.1985.p 34-39.
- (5) Hurlok B,E. Desarrollo Psicológico del niño. México: ED. Mc Graw Hill, 4ta ed;1979. P 41 – 42.
- (6) Nelson WE, Vaughan V,C. Pediaría. Barcelona España: ED. Salvat Mexicana de Ediciones S.A de C.V:ed.1978. P 27-29.
- (7) Edward P. Amstron J. Desarrollo del niños y del adolescente. México: ED trillas 6ta ed; 1998. P 392-397
- (8) Diane E. Papalia S. Psicología del desarrollo. Bogota Colombia. ED Mc Graw Hill, 2001. p 5-8.
- (9) Silver H,K. Kempe C,H. Bruyn H,B. Fulginiti V.A. Manual de Pediatría, México D.F: ED.Manual Moderno S.A de C.V; ed.1968.p 19-22.
- (10) Mc Donald R,E. Vens R, D. Dentristry for the child and adolescent. ED. Mosby Doyma Libros S.A; 7th edición. USA: ed.2000.p 35-51.
- (11) Barber T K. Odontología Pediátrica. México D.F: ED. Manual Moderno; ed.1994. P 43,44, 49-51.
- (12) Merce J. Desarrollo del niño del adolescente para educadores. México: ED. Mc Graw Hill, 2000. p 102-107.
- (13) Koch, Modear, Poulsen, Ramsan. Pediatría Enfoque clínico, Buenos Aires Argentina: ED. Panamericana; ed.1994.p 41-43,47,48.
- (14) Boj.J. Catalia M. Garcia C. Mendoza A. Oodntopediatria. Barcelona España. ED Masson. ed 2004 p 259-261.
- (15) Leynt S. El niño en la odontologia. Argentina: ED.Mundi; ed.1986.p 28-29.

- (16) Finn S.B. Odontología Pediátrica. Mexico DF: ED.Interamericana; 4ta edición:1976.p31-32.
- (17) Harndt E. Oodntología infantil. Buenos Aires Argentina: ED. Mundi; ed.1969.p 159.
- (18) Gutiérrez M, M. Garduño G,P. Lara M,M. Presencia de los padres, desensibilización y conducta de los niños en el consultorio dental. Practica Odontológica (Mex) 2001; vol 8, No. 12.p 35-39.
- (19) Lencher V. Wriqth G. Non pharmacotherapeutic approaches to behaviour management, Philadelphia USA. ED, Sauders Co. ed 3era, 1998. p 91 – 113.
- (20) González C.J Manejo de la ansiedad en los pacientes infantiles (Mex),Febrero 1996, col 4, No 44. p 17,18.
- (21) Ripa L,W. James T, B. Manejo conductual del paciente Oodntopediátrico. Argentina: ED.Mundi; ed.1984.p 51-54, 63-65, 71,79,81-87.
- (22) Pinkham Odontopediatria. México: ED. Inteamericana; ed.1991.p 350.
- (23) Juárez L.L. Sedación y Anestesia En Odontopediatria. Mexico: ED.Torres. edición 2001; p 27,28.
- (24) Shaw AJ. Tehorical concepts an practicalapplications of Hypnosis in the treatment for childrens and adolescents whit dental fear anxiety: Br Dental Journal 1996; 180(1) : 11-16
- (25) Moss. Hipnodoncia, hipnosis en odontología. 4*. Ed. ED . Mundi, Buenos Aires 1961. 223-251
- (26) Chávez D, E. Salgado V, L. García G, J. La hipnosis como tratamiento sedativo. Dentista y Paciente (Mex), Julio 2002, vol.11 N°121. P 41 – 46.
- (27) Patel B. Potter C. The use of hipnosis in dentistry (Uk). Mayo 2000 27(4):p 198-200
- (28) Juárez L, L, A. Najar A, C. Ramírez G, G. Sanchezx L,R. Analgesia con oxido nitroso combinado con midazolamen pacientes odontopediátricos evaluación clínica.Practica Odontologica (Mex), Julio 2001,vol.22, No.6.p 24-25.
- (29) Jenifer C, A. Sthephen W. Daniel C. Amr M, M. The effect of the music distracción on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. Pediatric Dentristry (Usa). Febrero 2002, 24:2, p 114 - 115.

- (30) Hersh G. Acs G Testen R. A 20 year perspective on the use of hand over mouth and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatric Dentistry (usa)* Enero 2001 23:4, p301, 303, 305.
- (31) Castañeda L. La angustia en el tratamiento dental. *Gaceta Medica de Mexico (México)* Diciembre 1994 3:12 p 130.
- (32) Sharaf A. Cols J. Actitudes of Saudi parents toward behaviour management techniques in pediatric dentistry. *Journal Of Dentistry if Children.* 2003. 70 (2): 104-110.
- (33) Coate B. Seale N. Parker W. Wilson C. Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Pediatric Dentistry* Mayo 1990, 12:2 p 83-86.
- (34) Verkamp J. Grythuysen R. Amerengen W. Does a parents's View of the child fear change. *Journal of Dentistry For Children* 1994: p105-108.
- (35) Kaakko T. Horn M. Weinstein P. Kaufman E. The influence of the sequence of impressions on children anxiety and discomfort. *Pediatric Dentistry* 2003 25 (4): 357-364.
- (36) Allen K. Stanley R. McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry / *Pediatric Dentistry (usa)* Mayo 1990, 12:2, p 79,80, 81.
- (37) Carr R K. Wilson S. Nimer S. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatric Dentistry (usa)* Octubre 1999 21:6 p 347, 349, 350.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Con la finalidad de conocer el tipo de manejo conductual que se aplica en el tratamiento odontológico de los pacientes infantiles les solicitamos su colaboración contestando las siguientes preguntas

1) NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

2) FORMACIÓN: LICENCIATURA () ALUMNO EN ESPECIALIDAD ()
 ESPECIALISTA ()

3) TIPO DE PRACTICA: INSTITUCIONAL () PRIVADA () COMBINADA () DOCENTE ()

4) CUÁNTO TIEMPO TIENE DE HABER EGRESADO? _____

5) SELECCIONE CON UNA X LA OZ LOS TIPOS DE MANEJO CONDUCTUAL QUE USTED CONOCE Y CON OTRA LA QUE NO CONOCE

TÉCNICA	SI CONOZCO	NO CONOZCO
1. DECIR MOSTRAR HACER		
2. DESINHIBILIZACIÓN		
3. REFORZAMIENTO		
4. MODELAR		
5. IMAGINACIÓN GUIADA		
6. EXTRUCCION RACIONDEL TIEMPO		
7. CONTROL DE VÍZ		
8. MANOS SOBRE BOCA		
9. RESTRICCIÓN FÍSICA		
10. HIPNOSIS		
11. ANALGESIA CON R2N02		
12. SEDACIÓN		
13. ANESTESIA GENERAL		

6) SELECCIONE LAS TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL QUE MÁS UTILIZA Y ENUMÉRALAS DE ACUERDO A SU FRECUENCIA DE USO (PONERLE EL 1 LA QUE MÁS UTILIZA, 11 A LA QUE MENOS UTILIZA CONSIDERANDO EL TIPO DE CONDUCTA DEL PACIENTE

TÉCNICA	PACIENTES COOPERADORES	PACIENTES NO COOPERADORES
DECIR MOSTRAR HACER		
DESINHIBILIZACIÓN		
REFORZAMIENTO		
MODELAR		
IMAGINACIÓN GUIADA		
EXTRUCCION RACIONDEL TIEMPO		
CONTROL DE VÍZ		
MANOS SOBRE BOCA		
RESTRICCIÓN FÍSICA		
HIPNOSIS		
ANALGESIA CON R2N02		
SEDACIÓN		
ANESTESIA GENERAL		

7) ¿UTILIZA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LOS PADRES PARA EL USO DE LAS TÉCNICAS SELECCIONADAS?

SI () NO ()

8) POR QUÉ? _____

COMENTARIOS