



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**COMUNICACIÓN EFICIENTE EN  
ODONTOPEDIATRÍA.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

**P R E S E N T A:**

**LUCILA CHÁVEZ CASTAÑEDA**

**TUTOR: Esp. ÁNGEL KAMETA TAKIZAWA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



Quiero agradecer a.....

### **Mis padres,**

Raúl Chávez por tu apoyo incondicional y tus sabios consejos que me han guiado,  
Hortensia Castañeda por siempre estar en mí, por tu apoyo incondicional y la fe que deposita en mí,

### **Mis hermanos,**

Raúl y Carlos por recorrer este camino a mi lado, pero sobre todo a Carlos por hacer de mis tardes un momento divertido cuando éramos niños,

Porque los cinco formamos una familia unida, fuerte y con valores que han hecho mi vida muy feliz.

### **Los cirujanos dentistas,**

Gonzalo López Hernández, Martha Leticia Fernández Aviña y María Guadalupe Rivas de León, por su amistad, por su ejemplo, por sus conocimientos, por despertar en mí el cariño que hoy siento hacia la odontopediatría y por hacer que cada día de mi servicio social fuera algo especial, por hacerme sentir como en casa, por su cariño y por todo lo que me enseñaron,

### **Profesores**

Areglia Albarrán Espinosa, Omar Pérez Salvador, Blanca Estela Hernández Ramírez, Nancy Arzate Mora, Ma. Eugenia Vera Serna y Ángeles L. Mondragón del Valle por sus conocimientos brindados, porque gracias a ustedes seguí aprendiendo,

Ángel Kameta Takizawa por que observo en él al profesional que algún día aspiro ser,

Enrique Rubín Ibarra, por su grandiosa amistad y sus sabios consejos.



**Héctor Manuel Chávez Martínez,**

Comenzaré diciéndote una vez más, *Te amo...*

Quiero hacerte un especial agradecimiento, por recordarme el valor de la vida, por tu apoyo incondicional, por los momentos felices y por los momentos difíciles que hemos pasado juntos, porque has sido un pilar importante en los últimos años de la carrera, no sé si te he dicho alguna vez que contigo soy feliz, si no es así te lo digo ahora: soy feliz porque llegaste en el momento que menos esperaba y cuando más lo necesitaba.

A tu mamá por su apoyo y a tu familia,

GRACIAS.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO	2
1.1. PRIMERA INFANCIA	
1.2. SEGUNDA INFANCIA	
1.3. TERCERA INFANCIA O NIÑEZ	
2. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN SU CONDUCTA	7
2.1. CHILD BEHAVIOUR CHECKLIST	
2.2. E. LAMPSPHIRE	
2.3. ESCALA ANALÓGICA VISUAL	
2.4. ESCALA DE CLASIFICACIÓN GLOBAL	
2.5. ESCALA DE FRANKL	
2.6. ESCALA DE HOUPPT	
2.7. ESCALA DE KISLING Y KREBS	
2.8. ESCALA RUD Y KISLING	
2.9. ESCALA DE VENHAM	
2.10. FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA UPCH-R. CASTILLO	
2.11. F. ESCOBAR	
2.12. OHIO STATE UNIVERSITY BEHAVIOUR RATING SCALE	



---

---

3. FACTORES CONDICIONANTES DEL COMPORTAMIENTO	17
3.1. ACTITUD DE LA FAMILIA	
3.2. ANSIEDAD	
3.3. CARACTERISTICAS EDUCATIVAS Y CULTURALES	
3.4. COEFICIENTE INTELECTUAL	
3.5. CONDICION SISTEMICA	
3.6. DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PADRES	
3.7. DURACION DE LA VISITA	
3.8. DOLOR	
3.9. EDAD	
3.10. ESTADO DE DESARROLLO EMOCIONAL	
3.11. EXPERIENCIAS PREVIAS	
3.12. HORA DE LA VISITA	
3.13. INCOMODIDAD	
3.14. LLANTO	
3.15. MIEDO	
3.16. PRESENCIA DE LOS PADRES	
3.17. RECHAZO-AGRESIVIDAD	
3.18. SEPARACION DE LOS PADRES	
3.19. SEXO	
3.20. TEMPERAMENTO-PERSONALIDAD	
3.21. TIPO DE PADRES	
3.21.1. PADRES ANSIOSOS	
3.21.2. PADRES AUTORITARIOS	
3.21.3. PADRES INDIFERENTES	
3.21.4. PADRES MANIPULADORES	
3.21.5. PADRES MOTIVADOS	



4. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA	26
4.1. COMUNICACIÓN NO VERBAL	
4.2. CONTROL DE VOZ	
4.3. DISTRACCIÓN-VOZ-DISTRACCIÓN/DESENSIBILIZACIÓN	
4.4. DECIR -MOSTRAR-HACER	
4.5. EXPOSICIÓN GRADUAL	
4.6. INHIBICIÓN LATENTE	
4.7. LENGUAJE PEDIÁTRICO ALTERNO	
4.8. MODELADO/IMITACIÓN	
4.9. REFUERZO POSITIVO/NEGATIVO	
4.10. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN	
4.11. TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO	
5. CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION (CCTV)	41
6. COMUNICACIÓN EFICIENTE	50
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	76



---

---

## INTRODUCCIÓN

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información, es una condición necesaria para la existencia del hombre y uno de los factores más importantes de su desarrollo social.

El presente trabajo pretende describir como llevar a cabo una comunicación eficiente en la consulta dental, tanto con el paciente pediátrico como con sus padres.

En la primera parte del trabajo se describen las etapas iniciales del desarrollo humano tanto psicológico, afectivo, de lenguaje y comunicación que existen en cada una de estas tres etapas y las edades en que se presentan.

En la segunda parte del trabajo se mencionan las diversas clasificaciones de los pacientes odontopediátricos según su comportamiento.

La tercera parte se refiere a aquellos factores que condicionan el comportamiento del paciente en la consulta odontológica.

En la cuarta parte de este trabajo se hace referencia a las técnicas no farmacológicas que por medio de una adecuada comunicación influyan en el manejo de la conducta.

Se hace mención del sistema de circuito cerrado de televisión como una forma de comunicación no verbal que influye tanto en el comportamiento del paciente como de los padres.

Por último se pretende orientar hacia una comunicación eficiente mencionado su definición, características y la influencia que esta presenta en la relación Cirujano Dentista, paciente y padres.



---

---

## 1. ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano es un proceso continuo a través del cual un individuo va adquiriendo habilidades gradualmente complejas que le permiten interactuar con las personas, objetos y situaciones de su medio ambiente en diversas formas.

### 1.1. PRIMERA INFANCIA

Abarca de los 0 a los 2 años de edad, donde el cuerpo del niño es una herramienta que todavía no conoce ni sabe controlar por una falta de coordinación y control sobre sus propios movimientos. Considera a su madre como una extensión o prolongación de sí mismo. Dentro de los primeros meses, la boca se convierte en un órgano de satisfacción y exploración. Se comunica de forma no verbal, a través de tacto y del contacto visual, durante los dos y tres primeros meses, aparece la sonrisa como una respuesta a una necesidad satisfactoria y de una forma relacional con los individuos que lo rodean. Con el tiempo, adquiere conciencia de que sus padres son algo distintos de él.<sup>1</sup>

Va aprendiendo con el adulto los mecanismos básicos de la comunicación; los gritos y los lloros de los primeros días indiferenciados se revisten de tonalidad y ritmo expresando bienestar o malestar, van apareciendo vocalizaciones con una intencionalidad lúdica: laleo,<sup>2</sup> 3-5

---

<sup>1</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria - <http://www.aepap.org/pdf/psicologico.pdf>

<sup>2</sup> Pérez Pedraza P., Salmerón López T., Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8: pág.116.



meses, comienza a vocalizar produciendo sonidos y escuchándose así mismo.

6-9 meses, repite sílabas fonéticas, como pa-pá o ma-má,<sup>3</sup> comienza a producirse un diálogo vocal: protoconversación,<sup>4</sup> a partir de los 10-12 meses, se vuelve capaz de pensar en las cosas y en las personas; obtiene la capacidad de recordar, esto le permite comenzar a asociar objetos con un nombre o sonido que los identifique: es el principio de la comunicación verbal; en los primeros tres meses hace pruebas de sonido con su propia voz utilizando solo letras como la “q”, “J” y “k”.<sup>5</sup>

Es capaz de diferenciar expresiones gestuales de alegría y enfado en la cara de otro individuo. Señala con el dedo al tiempo que emite sonidos silábicos. Emplea el gesto para expresar deseos y necesidades.

Se inicia la constitución del lenguaje comprensivo y la expresión de sílabas al tiempo que se va produciendo el desarrollo psicomotor adquiriendo conocimientos sobre el mundo que le rodea.<sup>6</sup>

9-18 meses, con una sola palabra describe una situación completa y puede referirse a varias cosas; 18 meses en adelante, utiliza más de una palabra y formula frases más complejas<sup>7</sup>, para informar y constatar.

Comienza a unir dos palabras para expresar enunciados complejos e incluye la negación y la pregunta acompañándose de la prosodia, el lenguaje oral va asumiendo un protagonismo en el deseo comunicativo del niño hasta el punto de que cuando no es entendido se enfada y mantiene actitudes de persistencia.

<sup>3</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria. Op. Cit.

<sup>4</sup> Pérez. Art. cit., pág. 116.

<sup>5</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria. Op. Cit

<sup>6</sup> Pérez. Art. cit., pág. 116.

<sup>7</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria. Op. Cit



12 a 24 meses, primeras palabras cargadas de sobreextensión semántica, difíciles de entender y que están fuera de contexto, son acompañadas de gestos. Los rechazos y sus deseos se manifiestan con gritos, exclamaciones o gruñidos.<sup>8</sup>

## 1.2. SEGUNDA INFANCIA

Parte de los 2 años y termina a los 5 años de edad, el niño domina muchas palabras y manifiesta una constante curiosidad e interés por lo que sucede en su entorno inmediato: mira, explora, formula preguntas, desea conocer el porqué y el nombre de las cosas, esta es la edad de las preguntas.

Comienza a usar su creatividad y a crear actividades fantásticas, se relaciona con su entorno ampliando su círculo afectivo primario, es muy egocéntrico y cree ser el centro del mundo esto hace que la realidad sea como él la percibe o como la inventa. No es capaz de ponerse desde el punto de las personas que lo rodean, para terminar con su egocentrismo experimenta celos hacia los integrantes de su familia; algunos celos pueden manifestarse también hacia el progenitor de su mismo sexo, ya que a veces el niño puede percibirle como un "rival" en el amor del otro miembro de la pareja. La superación de este problema afectivo, llamado complejo de Edipo, se resuelve a través de una progresiva identificación de la niña con la madre (para que el padre la quiera) y del niño con el padre (para que la madre le quiera). Cada uno asume e interioriza un determinado rol sexual y social de niño o niña.

---

<sup>8</sup> Pérez. Art. cit., pág. 117.



Manifiesta un nuevo interés siendo este relativo a las diferencias sexuales anatómicas, muestra un importante avance autónomo al aprender a controlar sus necesidades fisiológicas, percibe a los demás como otros, es consciente de su individualidad y su diferencia para con los demás: el “quiero” y “no quiero” son palabras más usadas por el niño en esta etapa, marcando así su propiedad con el adjetivo posesivo “mío”, que le permite ver la capacidad que tiene de modificar su entorno según sus gustos y buscar los límites a su voluntad y hacer presentes las rabietas.<sup>9</sup>

24 a 30 meses; crea oraciones con tres elementos, 30 a los 36 meses: formula oraciones coordinadas, artículos determinados, pronombres personales, adverbios, cuenta de forma sencilla acontecimientos relacionados con sus intereses y su vida personal y comprende su contexto cotidiano cada vez se le va entendiendo mejor, 36 a 42 meses; crece la complejidad de las oraciones interrogativas, utiliza correctamente el pasado compuesto y aparecen perífrasis de futuro, 42 a 54 meses; aumenta el empleo de adverbios de tiempo, 54 meses en adelante, incorpora condicionales, circunstanciales, perfecciona estructuras conocidas, las pasivas y las adverbiales, desaparece la articulación infantil.<sup>10</sup>

Las edades que abarcan entre los 0 y 5 años, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño(a), y es la etapa más vulnerable del crecimiento.<sup>11</sup> Son años importantes para el desarrollo general durante toda la vida, se forman las capacidades y condiciones esenciales, la mayor parte del cerebro y sus conexiones pasan por un período de desarrollo cerebral más intenso.

<sup>9</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria. Op. Cit

<sup>10</sup> Pérez. Art. cit., pág. 117 -118 .

<sup>11</sup> Fondo de Naciones Unidas para la infancia - <http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>



El amor y la estimulación intelectual permiten a los niños(as) desarrollar la seguridad y autoestima necesarias. Para ello, su entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales.<sup>12</sup>

Período en el que se forman y se desarrollan las bases de la comunicación y del lenguaje,<sup>13</sup> el niño atraviesa una serie de etapas a través de las cuales su percepción de la realidad se va transformando en lenguaje gracias a sus experiencias y a los modelos transmitidos por el ambiente social.<sup>14</sup>

### 1.3. TERCERA INFANCIA O NIÑEZ

Esta etapa comienza a los 5 años y finaliza a los 11 años de edad, el niño conoce el sentido del tiempo, la historia, la grandeza del espacio físico y la geografía, los números superan por mucho los dedos de sus manos, las operaciones matemáticas lo orillan a desarrollar su habilidad mental.

Coordina ya los movimientos necesarios en las distintas actividades que realiza, toda su energía es concentrada en actividades de aprendizaje y socialización, se observa una formación lingüística más estructurada, usando frases complejas, nuevas palabras, entonación específica y una gran riqueza en los detalles descriptivos<sup>15</sup>, entre los 7-8 años, tienen ya un completo dominio del lenguaje.<sup>16</sup>

En la tercera infancia los niños perciben más de lo que los adultos pueden imaginar, ya no son tan egocéntricos.<sup>17</sup>

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud – <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/>

<sup>13</sup> Pérez. Art. cit., pág.112.

<sup>14</sup> Ib., pág. 114.

<sup>15</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria. Op. Cit

<sup>16</sup> Pérez. Art. cit., pág. 118.

<sup>17</sup> Asociación española de pediatría de atención primaria. Op. Cit



---

---

## 2. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN SU CONDUCTA

Se entiende por conducta al conjunto de acciones con que un ser vivo responde ante una situación.<sup>18</sup>

Para un mejor manejo y control de la conducta existen diversas escalas para evaluar el comportamiento del paciente pediátrico en la consulta odontológica, este tipo de observaciones ayudan al cirujano dentista a valorar cada paciente. Además, si se hace un registro de la conducta de cada paciente en cada cita, observaremos el reflejo de la capacidad de aprendizaje y adaptación del niño al tratamiento dental.

### 2.1. CHILD BEHAVIOUR CHECKLIST

Estima la capacidad de cada paciente de relacionarse socialmente y sus características personales.

Está constituida por un cuestionario de 118 ítems calificados de la siguiente manera:

0: no cierto.

1: cierto.

2: muy cierto.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Diccionario de la real academia de la lengua española. - <http://buscon.rae.es/drae/>

<sup>19</sup> Gaudy, Jean-François, Arreto Charles Daniel; Manual de anestesia en odontoestomatología, 2a. ed. Barcelona: Masson, 2006, pág. 194.



---

---

## 2.2. E. LAMPSPHIRE

Clasifica los pacientes en siete categorías:

1. Cooperador: niño que permanece física y emocionalmente relajado y coopera durante toda la visita, al margen del tratamiento realizado.
2. Tenso-cooperador: niño que está tenso pero que, sin embargo, coopera.
3. Abiertamente aprensivo. Se esconde detrás de su madre en la sala de recepción, usa técnicas obstaculizantes y evita mirar o hablar al odontólogo.
4. Temeroso: niño que requiere considerable apoyo a fin de vencer su temor a la situación.
5. Terco o desafiante: niño que se resiste pasivamente o trata de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que le han resultado exitosas en otras situaciones.
6. Hípermotriz: niño que está agudamente agitado y adopta una estrategia defensiva de "lucha", tal como gritar o patear.
7. Impedido: niño física, mental o emocionalmente impedido.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Ripa, Louis W, Barenie, James T; Management of dental behavior in children; Buenos Aires: Mundi, 1984, pág 77.



---

---

### 2.3. ESCALA ANALÓGICA VISUAL

Método de autoevaluación donde se le pide al paciente que califique la impresión que obtuvo de la consulta dental. Se da en una escala del 0 – 10, donde 0 corresponde a un paciente sin alteraciones y 10 a uno totalmente alterado.

### 2.4. ESCALA DE CLASIFICACIÓN GLOBAL

Incluye la realización del procedimiento junto con el comportamiento. La puntuación va de 1 – 5:

- 1: mediocre.
- 2: suficientemente bueno.
- 3: bueno.
- 4: muy bueno.
- 5: excelente.<sup>21</sup>

### 2.5. ESCALA DE FRANKL

Persona claramente negativa: rechaza el tratamiento, llanto intenso, grita fuerte, movimiento fuerte de las extremidades, no es posible la comunicación verbal, esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo, presenta un comportamiento agresivo.

Persona negativa: realiza movimientos leves de las extremidades, bloquea la comunicación, es tímido, difícilmente acepta el tratamiento, no

---

<sup>21</sup> Gaudy. Op cit., pág. 195.



coopera, tiene algunas actitudes negativas pero no pronunciadas (arisco, lejano), presenta llanto monotónico.

Persona positiva: acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para hacer caso al cirujano dentista, a veces con reservas, pero sigue las indicaciones, cooperando, es posible establecer una comunicación con este tipo de pacientes, puede presentar llanto esporádico.

Persona claramente positiva: buena relación y armonía, interesado en los procedimientos, ríe y disfruta, es cooperador, existe buena comunicación entre el paciente y el cirujano dentista.<sup>22</sup>

## 2.6. ESCALA DE HOUPPT

Medida retrospectiva del comportamiento, se realiza con ayuda de un video obtenido durante la consulta. Su validación se efectúa por medio de la medición del tiempo transcurrido en cada categoría de comportamiento para obtener una categoría determinante. Esta se adapta a la evaluación del comportamiento en un momento determinado.<sup>23</sup>

## 2.7. ESCALA DE KISLING Y KREBS

El cirujano dentista evalúa el comportamiento del paciente en una escala del 0 al 3:

0: falta de consentimiento, resistencia física activa.

1: consentimiento negativo, el niño llora, no coopera.

<sup>22</sup> Cárdenas Jaramillo Darío; Odontología pediátrica; 4a ed., Medellín, Colombia; Corporación para Investigaciones Biológicas, 2009, pág. 30.

<sup>23</sup> Gaudy. Op cit., pág. 195.



2: cierta tendencia al consentimiento, el niño sigue las instrucciones con algo de cooperación.

3: consentimiento positivo, buena cooperación.<sup>24</sup>

## 2.8. ESCALA RUD Y KISLING

Basada en la actividad muscular, la actividad verbal y la expresión ocular, crearon en 1973 una escala para valorar las reacciones del niño frente al ambiente dental y su capacidad de dominar el proceso de aprendizaje en la situación dental:

Grado 3 aceptación positiva: voluntad de conversar y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental con los brazos apoyados en el, ojos brillantes, tranquilos y móviles.

Grado 2 aceptación indiferente: conversaciones o preguntas dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indecisos, falta de atención.

La expresión ocular es indiferente, pero la posición en el sillón dental continúa siendo relajada.

Grado 1 aceptación con desgana: falta de conversación, de respuesta (quizás una vaga protesta) y de interés. Posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos, el niño parpadea o frunce el ceño.

Grado 0 no aceptación: protestas verbales o físicas manifiestas o llanto.<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Gaudy. Op cit., pág. 194.

<sup>25</sup> Barbería Leache Elena; Odontopediatría; Barcelona; México: Masson, 2001, pág. 122.



---

---

## 2.9. ESCALA DE VENHAM

Evalúa el comportamiento del paciente en su relación cognitivo-conductual bajo sedación consciente, lo registra en escala del 0 - 5:

### 0: Relajado

El paciente sonríe, se muestra abierto y es capaz de hablar; es la mejor condición de trabajo posible. Adopta la postura que quiere el dentista espontáneamente o después de que se lo pidan.

### 1: Preocupado

Muestra preocupación. Mirada directa pero expresión facial tensa. Observa furtivamente el entorno. Se apoya espontáneamente en el respaldo del sillón.

Las manos se mantienen abajo o están parcialmente levantadas para señalar la incomodidad. Durante una maniobra estresante puede protestar breve y rápidamente para mostrar su incomodidad. El paciente está dispuesto y es capaz de decir lo que siente cuando se le pregunta. A veces contiene la respiración. Puede cooperar bien con el cirujano dentista.

### 2: Tenso

El tono de voz, las preguntas y respuestas reflejan un estado de ansiedad. Multiplica las preguntas de información. Manos crispadas sobre los descansabrazos, que puede ir extendiendo y levantando pero sin molestar al



dentista. Se apoya espontáneamente en el respaldo, pero cabeza y cuello se mantienen tensos. Acepta que se le acerque el cirujano dentista, mirada directa. Durante una maniobra estresante, expresa protestas verbales y puede llorar levemente. El paciente interpreta la situación con una exactitud razonable y parece que sigue controlando su ansiedad. La actitud, aunque de protesta, permite el procedimiento.- el paciente todavía obedece cuando se le pide cooperación. Se puede continuar con el tratamiento.

### 3: Reticente

El paciente muestra desconfianza a aceptar la situación terapéutica, tiene problemas para evaluar la situación de peligro. Frecuentes suspiros.

Protestas enérgicas, posibles llantos. Se apoya en el respaldo después de habérselo pedido muchas veces, pero mantiene la cabeza y el cuello en tensión. Leves movimientos de evitación. Manos crispadas, miradas a veces evasivas. Acepta que el cirujano dentista se acerque. Duda en utilizar las manos para frenar los movimientos del dentista. Patalea un poco. Protesta verbalmente, llora, protestas sin relación con el peligro o expresadas ante el peligro. Llega a enfrentarse a la situación con muchas reservas. La sesión se desarrolla con dificultades.

### 4: Muy alterado

Paciente perturbado por la ansiedad e incapaz de evaluar la situación. Importante crispación, ceño fruncido, mirada evasiva; los ojos pueden estar voluntariamente cerrados. Vehementes llantos sin relación con el tratamiento. Movimientos de evitación bruscos. Coloca la mano sobre la



boca o sobre el brazo del cirujano dentista, pero acaba por dejarse. Aprieta los labios, pero acaba por mantener la boca abierta. Levanta frecuentemente su cabeza del respaldo.

Rechaza el contacto corporal, pero puede llegar a aceptar que se le acerque el cirujano dentista. Contorsiones importantes, que a veces hacen necesaria la contención. El paciente puede ser accesible a la comunicación verbal y, después de mucho insistir, puede aceptar con desconfianza que debe intentar controlarse. La disociación es parcial.

La sesión se ve periódicamente interrumpida por sus protestas.

#### 5: Totalmente descontrolado

Inaccesible a la comunicación. Rechaza el contacto corporal. Aprieta los labios y los dientes. Agita violentamente la cabeza. Lloro de manera desconsolada, profiere gritos, insultos, contradice y es agresivo. Inaccesible a la comunicación verbal o visual. Con independencia de la edad, presenta reacciones primitivas de huida. Intenta escaparse activamente. Es indispensable contener al paciente.<sup>26</sup>

## 2.10. FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA UPCH-R. CASTILLO

1. Paciente receptivo.
2. Paciente no receptivo.
3. Paciente físicamente impedido.
4. Paciente mentalmente impedido.

---

<sup>26</sup> Gaudy. Op cit., pág. 194-195.



5. Paciente física y mentalmente impedido.
6. Paciente infante.<sup>27</sup>

## 2.11. F. ESCOBAR

1. Paciente cooperador.
2. Paciente con falta de capacidad de cooperación.
3. Paciente cooperador potencial:
4. Paciente con conducta incontrolada.
5. Paciente con conducta desafiante.
6. Paciente con resistencia pasiva.
7. Paciente tímido.
8. Paciente cooperador tenso.<sup>28</sup>

## 2.12. OHIO STATE UNIVERSITY BEHAVIOUR RATING SCALE

Basada básicamente en los principios de la escala de Houpt, a diferencia que esta cuenta con cuatro niveles para evaluar el comportamiento:

- Q: en reposo, sin movimientos.
- C: llanto sin agitación.
- M: agitación sin llanto.
- S: llantos y agitación.

<sup>27</sup> Castillo Mercado, Ramón; Manual de odontología pediátrica; Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, 2° ed., 1996, pág. 40-41.

<sup>28</sup> Ib., pág. 41.



Se debe anotar la frecuencia y duración de cada episodio para valorar el comportamiento general y su evolución.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Gaudy. Op cit., pág. 195.



---

---

### 3. FACTORES CONDICIONANTES DEL COMPORTAMIENTO

#### 3.1. ACTITUD DE LA FAMILIA

Se cree en la importancia de la transmisión de los miedos y las actitudes de los padres a los niños. Miedos subjetivos que pueden ser adquiridos por imitación. Los niños que provienen de hogares y ambientes familiares estructurados y organizados presentan menos problemas. Se debe enseñar al niño que la consulta dental no es un lugar que deba ser temido. La odontología nunca debe ser usada por los padres como una amenaza hacia el niño. Asistir a consulta nunca debe ser un castigo.<sup>30</sup>

#### 3.2. ANSIEDAD

Es un estado de desorganización del organismo que puede variar desde una pequeña señal de alarma hasta el pánico mismo.

Se presenta en pacientes que han desarrollado un temor específico hacia algún evento o procedimiento.

Cuando se acompaña de ciertas sensaciones fisiológicas, como palidez, sudoración, sensación de vacío en el estómago, esta ansiedad se transforma en angustia.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Barbería. Op cit., pág. 119.

<sup>31</sup> Cárdenas. Op cit., pág 32.



---

---

### 3.3. CARACTERISTICAS EDUCATIVAS Y CULTURALES

Existen diferencias en la conducta, dependiendo del tipo de educación y cultura que rodean al paciente. Ejemplo, los niños que reciben una estimulación temprana desarrollan más rápidamente sus habilidades comunicativas pero, al mismo tiempo, son más activos y ansiosos, mientras que pacientes de origen rural, sin ese tipo de estimulación, presentan un menor desarrollo verbal, pero son menos ansiosos y activos.<sup>32</sup>

### 3.4. COEFICIENTE INTELECTUAL

Al parecer los niños con menor coeficiente intelectual sienten mayor miedo hacia el cirujano dentista; lo mismo sienten los pacientes con un coeficiente intelectual alto.<sup>33</sup>

### 3.5. CONDICION SISTEMICA

Un niño que padece alguna enfermedad puede presentar problemas de conducta cuando los padres actúan con el dejando de premiar o castigar sus acciones de manera coherente, el apoyo de sus padres es muy importante, pero este apoyo es más eficaz cuando el niño sigue estando sujeto a ciertas reglas que le ayudan a comportarse correctamente.

---

<sup>32</sup> Ib., pág. 31.

<sup>33</sup> Barberia. Op cit., pág. 120



---

---

### 3.6. DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PADRES

Las actitudes sociales han cambiado en los últimos años a una mayor participación de los padres durante el tratamiento, lo que lleva la necesidad de explicar el diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo con las necesidades del niño, de manera que permita a los padres seguir la situación, pero no implicarlos en el tratamiento,, pues terminan interviniendo para proteger a su propio hijo, lo cual desemboca en una situación embarazosa y perjudicial para el propio tratamiento.

No hay duda de la influencia de la ansiedad de los padres sobre la conducta del niño; sentimientos de temor fácilmente transmitidos a los niños, ya no solo en los ambientes familiares, sino también por medio de las acciones y reacciones durante el tratamiento del niño. Es por este motivo por lo que en algunos casos puede necesitarse una disminución de los niveles de ansiedad de los padres para tratar efectivamente a los niños.

En ocasiones, ofreciendo mas información a los padres sobre las técnicas disponibles para controlar la ansiedad de su hijo aumentaremos, por un lado, la aceptación por parte de estos de las diferentes técnicas, y, al mismo tiempo, ayudara a disminuir su propia ansiedad conocer las posibles ayudas para su hijo.

Por otra parte, es fundamental que en el momento de las explicaciones a los padres (que deben realizarse sin la presencia de su niño), nuestro tono de voz transmita confianza y seguridad, así como modular nuestro volumen de manera que ayude a calmar su ansiedad.

En cuanto al contenido, no debemos limitarnos a la exposición de problemas, sino ofrecer soluciones tanto desde el punto de vista de procedimientos terapéuticos como e las técnicas que permitan mejorar la



colaboración del niño para el tratamiento. También, teniendo en cuenta que el lloro del niño puede ser el origen de un incremento de la ansiedad paterna, insistir en la normalidad, según la edad, de posibles lloros que más que una alteración son un simple reflejo de su nivel de madurez, y que, en ocasiones, no interesa controlar, pues ayudan a eliminar las tensiones del niño durante el tratamiento.

En cuanto al momento del tratamiento, dependiendo de la edad del niño, la mayoría de profesionales prefiere que los padres esperen en la zona de recepción, pues, en general, la colaboración del niño es mucho mejor, y, sobre todo, puede ayudar a disminuir la ansiedad de los padres. Aunque en algunos casos, dependiendo del perfil de los padres y niños, puede ser mejor su presencia durante el tratamiento.<sup>34</sup>

### 3.7. DURACION DE LA VISITA

El tiempo de la visita no debería ser demasiado prolongado y es fundamental hacer pausas. Visitas de corta duración parecen más apropiadas para niños preescolares. Se consideran vistas cortas aquellas que duran menos de 30 minutos..El tiempo de atención que se puede ofrecer es realmente corto y parece razonable suponer que con visitas largas las posibilidades de perder la cooperación aumentan.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Boj Juan R., Odontopediatría; Barcelona : Masson, 2004, pág. 265.

<sup>35</sup> Barberia. Op cit., pág. 121.



---

---

### 3.8. DOLOR

Aunque el dolor es una causa natural de rechazo, es un error frecuente intentar controlar y mejorar la cooperación por medio de técnicas de manejo, olvidando que en primera instancia debe administrarse una dosis adecuada y suficiente de anestesia local. Muchas veces, incluso, se comete el error de no administrar anestésico para no alterar el comportamiento, lo cual es contraproducente.<sup>36</sup>

### 3.9. EDAD

La edad influye decisivamente en la conducta del niño ante la primera visita.

Los pacientes de 3 y 4 muestran una variedad amplia de conductas que los pacientes mayores y las conductas inapropiadas, así como la ansiedad, disminuyen con la edad.

Los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelven más cooperadores a medida que el procedimiento progresa. La exposición y el conocimiento de los instrumentos dentales y del cirujano dentista son factores muy importantes para que el niño cambie.<sup>37</sup>

### 3.10. ESTADO DE DESARROLLO EMOCIONAL

Identificar el estado emocional del paciente ayuda a determinar las causas específicas de determinado tipo de conducta, con el fin de establecer objetivos claros de intervención.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Cárdenas. Op cit., pág 32.

<sup>37</sup> Barberia. Op cit., pág. 120.



### 3.11. 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 la ansiedad.<sup>39</sup>

### 3.12. HORA DE LA VISITA

Las visitas por la mañana son preferibles a las visitas por la tarde en niños de corta edad, ya que por la mañana no están tan cansados y pueden ofrecer mayor rendimiento.<sup>40</sup>

### 3.13. INCOMODIDAD

Existen situaciones que pueden incomodar al paciente y que, en muchos casos, pueden afectar su comportamiento.<sup>41</sup>

### 3.14. LLANTO

Es uno de los primeros y más importantes mecanismos de comunicación que desarrolla el niño. Existen diferentes patrones que deben diferenciarse, ya que pueden ser útiles para diagnosticar el estado emocional del paciente.

---

<sup>38</sup> Cárdenas. Op cit., pág 31.

<sup>39</sup> Barbería. Op cit., pág. 119.

<sup>40</sup> Barbería. Op cit., pág. 121.

<sup>41</sup> Cárdenas. Op cit., pág 32.



---

---

### 3.15. MIEDO

Se define como estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado con una situación de desconocimiento o de inseguridad.<sup>42</sup>

### 3.16. PRESENCIA DE LOS PADRES

Para los niños más pequeños, de 2 y 3 años, la presencia de la madre o el padre representa una gran ayuda; indudablemente es un factor que produce seguridad, especialmente durante las primeras visitas.

Sin embargo, conforme el niño crece, la presencia de los padres resulta menos importante e incluso puede influir negativamente y deteriora el contacto entre el cirujano dentista y el niño. Generalmente, cuanto más nerviosa, insegura y tensa es la relación con los padres, mayor es el riesgo de que el niño reacciones también de forma ansiosa y negativa, por el contrario, si los padres muestran seguridad y calma, es muy probable que el niño reaccione de forma similar.<sup>43</sup>

### 3.17. RECHAZO-AGRESIVIDAD

En muchas ocasiones la presencia de una conducta disruptiva no obedece a niveles altos de ansiedad o miedo, si no al rechazo a actividades invasivas.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Ib.

<sup>43</sup> Barbería. Op cit., pág. 120.

<sup>44</sup> Cárdenas. Op cit., pág 32.



### 3.18. SEPARACIÓN DE LOS PADRES

Afectan a los niños en especial a los que se encuentran entre los 3 y 6 años. Estos miedos van desapareciendo paulatinamente a partir de los 6 años.<sup>45</sup>

### 3.19. SEXO

No parece existir diferencia según el sexo en niños preescolares, las diferencias pueden aumentar con la edad debido a diversos procesos de socialización. Solo a partir de los 7 años, las niñas muestran mayor miedo.

Los niños presentan mejores conductas que ellas cuando se les dan instrucciones rígidas de cómo han de comportarse.<sup>46</sup>

### 3.20. TEMPERAMENTO-PERSONALIDAD

El temperamento es un buen predictor de la conducta odontológica. Los temperamentos con alto grado de timidez y aproximación están más asociados con ansiedad y conductas disruptivas.<sup>47</sup>

### 3.21. TIPO DE PADRES

3.21.1. PADRES ANSIOSOS. Aunque son padres motivados y colaboradores, su presencia puede resultar contraproducente para el manejo del niño, debido a su alto nivel de ansiedad.

<sup>45</sup> Barbería. Op cit., pág. 119.

<sup>46</sup> Ib., pág. 120.

<sup>47</sup> Cárdenas. Op cit., pág 31.



3.21.2. PADRES AUTORITARIOS. Padres autoritarios: en este caso el cirujano dentista debe tomar el control de la situación desde un comienzo. Aunque son los padres quienes finalmente toman la decisión de realizar un tratamiento, es el cirujano dentista quien debe orientar y definir la forma como se ha de hacer. No se trata de crear una confrontación, si no de establecer mecanismos de comunicación claros y constructivos.

3.21.3. PADRES INDIFERENTES. Padres que no muestran una gran motivación al llevar a sus hijos a la consulta. No les interesa la salud oral del niño o desconocen la importancia. Es importante reconocer estas situaciones y hacer un trabajo para motivarlos y comprometerlos, antes de continuar el tratamiento.

3.21.4. PADRES MANIPULADORES. Son padres que, de una manera sutil por medio de comentarios y sugerencias, intentan imponer la forma como debe tratarse al niño. Nuevamente, no puede confundirse la participación de los padres con una manipulación que conduzca al cirujano dentista a perder su seguridad y capacidad de decisión.

3.21.5. PADRES MOTIVADOS. Son aquellos que tienen un interés por la salud oral de sus hijos y quieren participar y aceptar la orientación del cirujano dentista.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Ib., pág. 31.



---

---

## 4. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA

Altamente eficaces en la reducción de la ansiedad y la aparición de conductas inapropiadas en los niños, son métodos efectivos en el control de la conducta del niño durante la visita inicial y las siguientes; su aplicación separadas o en combinación, frecuentemente, posibilitan al odontólogo el logro de conductas sucesivamente más apropiadas.

Dentro de los objetivos del control de la conducta encontramos que se logra establecer una buena comunicación con el niño y los padres, se gana la confianza del niño y de sus padres, y aceptación al tratamiento dental, se logra explicar al niño y a sus padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo, se proporciona un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo del niño, y por último, se lleva a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el paciente.<sup>49</sup>

### 4.1. COMUNICACIÓN NO VERBAL

Incluye una variedad de formas de expresión donde tenemos los gestos y expresiones faciales amigables, caricias tranquilizantes, contacto visual y físico suave, uso de señales para interrumpir el tratamiento por parte del niño.

Las señales para interrumpir, o manifestar que algo está incomodando al paciente durante el tratamiento son comúnmente usados por

---

<sup>49</sup> Barberia, Op cit., pág. 127.



los niños con más de 3 años de edad. El paciente realiza una señal de llamada (usualmente levantando el brazo más alejado del cirujano dentista), para indicar que desea interrumpir el tratamiento por un momento. Esta técnica envuelve un gran número de componentes psicológicos incluyendo la construcción de confianza en la relación dentista – paciente y ofrece al paciente una sensación de control.<sup>50</sup>

#### 4.2. CONTROL DE VOZ

Esta técnica tiene como objetivo restablecer una comunicación perdida debida a una conducta no colaboradora. Es muy efectiva para interceptar conductas inapropiadas justo en el momento en que se inician, y lo es menos cuando estas ya están muy establecidas.

Consiste en la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la voz en un intento de dominar la interacción entre el profesional y el niño y remarcar la intención de que es el cirujano dentista quien toma las decisiones. Es mas importante el tono de voz que lo que se dice en concreto. La expresión facial debe transmitir esta misma intención. El mensaje verbal y el paraverbal han de transmitir la misma información. El clínico, en ocasiones, puede realizar control de voz solo con la expresión facial.

Cuando de nuevo captamos la atención del niño, se le agradece su colaboración e interrupción de su mala conducta, dándole las explicaciones e instrucciones necesarias de manera suave y agradable. A esta parte de la

<sup>50</sup> Abanto JA, Rezende KMPC, Bónecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP. Propuestas no - farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(2), pág. 103.



técnica se le denomina cambio de ritmo. En ningún caso debe considerarse como un escape para el profesional de su ansiedad o enfado.<sup>51</sup>

Es necesario utilizar técnicas con buen juicio para no confundir el aumento de la voz con gritos.<sup>52</sup>

#### 4.3. DISTRACCIÓN-VOZ-DISTRACCIÓN/DE SENSIBILIZACIÓN

La técnica implica enseñar al paciente como inducir un estado de profunda relajación y a describir, escenas imaginarias vinculadas con sus temores. Estas escenas son presentadas de una manera gradual, de modo que aquellas que provocan solo una mínima ansiedad sean descritas al principio. El paciente aprende a sustituir una respuesta emocional apropiada o adaptativa, en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada como sería la ansiedad. Es especialmente útil en la primera visita, en las visitas subsiguientes cuando se van a llevar a cabo procedimientos que son nuevos para el paciente y cuando se tratan pacientes referidos que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas.<sup>53</sup>

Su objetivo es llamar la atención del niño y estimular su imaginación con la finalidad de distraerlos del procedimiento odontológico.

Es posible utilizar muñecos educativos u objetos inanimados, uso de videos de dibujos animados o video juegos, contar cuentos o historias.<sup>54</sup>

<sup>51</sup> Boj. Op. cit., pág. 265.

<sup>52</sup> Abanto. Op. cit., pág. 102.

<sup>53</sup> Ripa. Op. cit., pág. 64-65.

<sup>54</sup> Abanto. Op. cit., pág. 102.



#### 4.4. DECIR -MOSTRAR-HACER

También se le conoce por técnica de la triple E (Explique-Enseñe-Ejecute). Desde su introducción por Addelston en 1957 esta técnica a permanecido como pilar dentro de las técnicas de control de conducta. Se basa en una recopilación de conceptos de la teoría del aprendizaje; su idea es familiarizar al niño mediante una aproximación al ambiente e instrumentos de la consulta dental.

Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

- a. Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.
- b. Mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica.
- c. Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.

La selección de las palabras es importante, y es necesario un vocabulario sustitutivo para los instrumentos y procedimientos que el niño pueda entender. Es una técnica sencilla y de fácil aplicación, y para que resulte efectiva se ha de pasar de un estadio a otro sin interrupción, y de manera continua, desde que el niño entra en la consulta hasta que sale de ella. No la aplicaremos para procedimientos como la anestesia local o tratamientos que impliquen sangrado.<sup>55</sup>

Por lo menos a cuatro de cada cinco niños mayores de tres años de edad, con una historia social y estado emocional normal, se les puede guiar

<sup>55</sup> Boj. Op. cit., pág. 265.



satisfactoriamente durante la ejecución de una técnica nueva, mediante el empleo de este sistema.<sup>56</sup>

El objetivo es luchar con el temor que presenta un niño hacia los objetos y personas extrañas que lo rodean.<sup>57</sup>

Puede ser realizada a través del acondicionamiento indirecto o a distancia del sillón, mostrando el procedimiento en un objeto inanimado o animado (muñeco educativo o madre del niño), debe ser efectuado todas las veces que el niño muestre una respuesta negativa al tratamiento.<sup>58</sup>

#### 4.5. EXPOSICIÓN GRADUAL

Se entiende por ayudar al niño a habituarse lentamente al tratamiento, dejar que se familiarice con el sillón odontológico y equipamiento de trabajo a pequeños pasos.

Deben variar de una exposición mínima a una máxima, pudiendo ser utilizados en todas las diferentes fases del tratamiento.<sup>59</sup>

#### 4.6. INHIBICIÓN LATENTE

Tiene como objetivo organizar el tratamiento iniciándose con procedimientos más simple esto implica el inicio de la historia del tratamiento del niño con una o dos consultas de evaluación clínica, orientación de dieta e higiene, profilaxis y flúor, (procedimientos no curativos). Ayudaría al niño a enfrentar adecuadamente futuras consultas potencialmente invasivas (curativas). Es

<sup>56</sup> Pinkham J. R., Odontología pediátrica; 3a ed.; Mexico : McGraw-Hill Interamericana, c2001, pág. 350.

<sup>57</sup> Ripa. Op. cit., pág. 65.

<sup>58</sup> Abanto. Op. cit., pág. 102.

<sup>59</sup> Abanto. Op. cit., pág. 103-104.



importante para la prevención del miedo dental y debe ser incorporado en el plan global de tratamiento.<sup>60</sup>

#### 4.7. LENGUAJE PEDIÁTRICO ALTERNO

Es importante la elección del lenguaje apropiado por parte del dentista y su equipo. Debe ser un lenguaje que pueda entender y sustituir por expresiones moderadas o eufemismos aquellas palabras con connotaciones de ansiedad en el niño. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos y situaciones familiares, y explicar las cosas de forma que las entiendan, pero no engañar o mentir con las explicaciones.

En general, es aconsejable hablar siempre a su nivel o ligeramente superior, pero no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad. El niño se siente alabado si se le juzga mayor de lo que es, y a la mayoría le gusta oír hablar al profesional de algún tema curioso, lo que permite desviar la atención de los procedimientos dentales. En niños más pequeños se puede añadir algo de fantasía en la conversación.

Hay que tratar de responder a sus preguntas, pero vigilar que no retrasen con ello los procedimientos. Por otra parte, deben darse pocas instrucciones, pues el niño no puede responder a todo en un corto periodo de tiempo y, además, deben ser concretas y razonables, por eso es necesario pronunciar las palabras despacio y claramente, así como utilizar un tono de voz bajo que capte su atención. Cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario empleado.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Ib., pág. 103.

<sup>61</sup> Boj. Op. cit., pág. 264.



---

---

#### 4.8. MODELADO/IMITACIÓN

Consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuos (modelos) que muestre una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar.

Tiene cuatro funciones básicas: el estímulo para la adquisición de nuevas conductas, facilitar conductas que están ya en el repertorio del paciente, en una manera o momento más apropiado, desinhibir conductas evitadas a causa del temor y suprimir temores.<sup>62</sup>

Utilizada para reducir comportamientos negativos y de ansiedad estimulando al niño a aprender la respuesta o comportamiento apropiado para determinada situación dental, es más efectivo cuando el modelo observado posee características similares a las del niño objetivo.

El modelo es observado desde la entrada, tratamiento, salida de la consulta y cuando este es recompensado por su buen comportamiento.<sup>63</sup>

#### 4.9. REFUERZO POSITIVO/NEGATIVO

Consiste en el uso de recompensas para estimular el buen comportamiento; no puede ser utilizada como chantaje para realizar el tratamiento y debe ser ofrecida solo después de evaluar el comportamiento del niño en la consulta.<sup>64</sup>

Aumentan la frecuencia de una conducta, Existen dos tipos:

---

<sup>62</sup> Ripa. Op. cit., pág. 68.

<sup>63</sup> Abanto. Op. cit., pág. 103.

<sup>64</sup> Ib., pág. 102



Positivo: cuya presentación aumenta la frecuencia de una conducta y negativo: cuyo retiro aumente la frecuencia de una conducta, es comúnmente la terminación de un estímulo aversivo.

Pueden ser también clasificados como materiales sociales o de actividad.

Sociales: elogios, expresiones faciales, cercanía, contacto físico.<sup>65</sup>

#### 4.10. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta. El dentista y su equipo deben desarrollar sus habilidades tanto a nivel verbal como paraverbal; establecer contacto visual y sonreír, estar sentado al mismo nivel que el niño y dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona. La conversación debe ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades.

Es importante que cada uno de los miembros del equipo conozca su papel en este primer contacto. Generalmente el asistente hablara con el niño durante su estancia en la recepción y a la espera del dentista, pero ya con el dentista el asistente ocupara un papel pasivo, pues es importante que la comunicación sea solo en una dirección, para no confundir al niño. Una ayuda previa es conocer al niño antes de tratarlo.

Los padres pueden informarnos acerca de sus miedos o experiencias anteriores. También nos orientara su actitud en la sala de espera. La valoración de la actividad motora del niño refleja su respuesta frente a una nueva situación, pues una mayor actividad puede considerarse un marcador

---

<sup>65</sup> Ripa. Op. cit., pág. 71.



de seguridad y de menos desconfianza. Por otra parte, no hay duda de la influencia de los padres en el nivel de ansiedad de los niños en la consulta y en ocasiones la observación de la actitud de un padre en la consulta nos dará un pista de la conducta a espera en el niño.

Una vez que se establezca un contacto con el niño, se puede continuar con la explicación ordenada de los procedimientos. Durante la conversación nuestro mensaje debe ser claro y adecuado a la edad del paciente para que se comprenda fácilmente. Hemos de escuchar sus dudas y responder de manera adecuada, pues así reforzamos su confianza y seguridad, ya que por el contrario una respuesta inapropiada sería expresar desagrado o enfado ante un niño ansioso en su primera visita.

Puede programarse una visita preliminar que consista en llevar al niño a la consulta para realizar un recorrido y una orientación. De antemano se le explica al paciente que ese día no se le realizara ningún tratamiento. El niño tiene la oportunidad de un primer contacto y conocer al equipo humano de la consulta. Todo ello sirve de preparación psicológica para la primera visita de tratamiento, proporciona una progresiva familiarización con el ambiente dental y ayuda a mitigar sus miedos y ansiedades.<sup>66</sup>

#### 4.11. TÉCNICAS DE ENFOQUE FÍSICO

Se entiende por restricción a la pérdida de la libertad que tiene el paciente – en forma transitoria- durante la realización de un tratamiento dental profesionalmente recomendado.

<sup>66</sup> Boj. Op. cit., pág. 263-264.



La restricción física es un recurso utilizado en pacientes de difícil manejo odontopediátrico, aquellos poco tolerantes o cooperadores, con el propósito de realizar un tratamiento bucal; principalmente en pacientes con alguna discapacidad, con el fin de modificar, eliminar o prevenir conductas inaceptables y para disminuir el riesgo de que el paciente y el equipo de trabajo tengan un daño físico, pueden ser clasificados según el momento en que se aplican y en su forma de aplicación.

Según el momento en que son aplicados encontramos restrictores físicos de custodia y restrictores físicos de conducta.

Los restrictores físicos de custodia son aplicados aun sin existir mal comportamiento; son pasivos, preventivos y no existe tiempo límite para su aplicación. Dentro de estos restrictores encontramos todas las bandas de seguridad para niños con parálisis cerebral infantil, ligaduras suaves, cascos de protección, cinturones de seguridad y todo tipo de bandas de sujeción que son colocados en el sillón dental para proporcionar al paciente hipotónico, sedado o con movimientos involuntarios, estabilidad y seguridad, las ventajas que se obtienen de este tipo de restrictores es que se pueden colocar fácilmente en el paciente pediátrico, no provoca en el paciente enojo y por lo tanto no lo reta y no se siente castigado por la aplicación de este.

Los restrictores físicos de conducta son aplicados después de que se presenta una mala conducta; son activos y su tiempo de uso no debe exceder más de 30 minutos.<sup>67</sup> Producen una supresión inmediata de la mala conducta y con el uso los malos comportamientos son erradicados. Dentro de sus desventajas al ser usado como resultado de un mal comportamiento es difícil su colocación en paciente que se encuentran en medio de un berrinche, este tipo de restricción enoja al paciente y crea forcejeo para tratar

<sup>67</sup> González. Op. cit. Pág. 18.



de liberarse esto puede provocar que el paciente se lastime en el intento, se requiere de la participación de personal para su colocación.

Según su forma de aplicaciones divide en restricción física corporal y restricción física mecánica.

La restricción física corporal, es la restricción que una persona aplica con sus manos o su cuerpo, directamente al cuerpo de otra persona en este caso el paciente. Dentro de sus ventajas encontramos que la cantidad de fuerza aplicada es modificable en cualquier momento, según la resistencia que ponga el paciente pediátrico; entre el paciente y el restrictor existe contacto físico permitiendo al restrictor notar cuando el paciente se ha relajado y a cambiado su comportamiento se puede apoyar dándole palmaditas, caricias, hablarle, arrullarle o cantarle para poderle tranquilizar, este método no es costoso ya que no requiere equipo sofisticado.

Por otra parte en situaciones donde el niño presenta resistencia puede no medirse la fuerza que se le es aplicada y lastimar al paciente.

#### Tipos de restricción física corporal

Para la boca: existe un elevado riesgo al introducir los dedos en la boca de una paciente que no desea abrir, por lo que es recomendable usar la siguiente técnica: resbale el dedo índice en el espacio que existe entre las caras vestibulares de los dientes y el carrillo hasta llegar a la cara distal del último molar, curve su dedo tratando de introducirlo hacia lingual, se puede mantener el dedo en ese lugar mientras se realiza el tratamiento.<sup>68</sup>

Otra técnica es mano sobre boca, indicada para los pacientes sin discapacidad, momentáneamente histéricos, beligerantes o desafiantes. Es

<sup>68</sup> Ib. Pág. 19.



---

---

imperativo que esto sea usado solo en niños con suficiente madurez como para comprender las simples órdenes verbales. La mano sobre boca no es una técnica para el niño muy pequeño, el inmaduro, el atemorizado, o el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional.

El propósito de la técnica, es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal, de modo que pueda ser establecida la comunicación. Una vez hecho esto, se podrá emplear otras formas de manejo para producir y apoyar la conducta aceptable.

El Cirujano Dentista coloca suave pero firme su mano sobre la boca del paciente. Con la explosión verbal completamente detenida, se le dice al niño que cuando coopere, la mano será retirada. Cuando el paciente indica su voluntad de cooperar, comúnmente por señal afirmativa de la cabeza y la cesación de los intentos de gritar, la mano es retirada y el paciente es reevaluado. Una vez que el niño coopera, deberá ser felicitado.

El doctor Levitas describe la técnica como ejercicio mano sobre boca: coloco la mano sobre la boca del niño para amortiguar el ruido, se acerca el rostro hacia el del paciente y se le habla directamente al oído pidiéndole que deje de gritar y escuche. Después de unos pocos segundos, se repite el procedimiento. Con una palabra final de advertencia para que se quede quieto, la mano es retirada.

A medida que la mano se aleja de la cara, puede haber otro lamento, inmediatamente, la mano es vuelta a colocar. Se repite la orden que deje de gritar. Nuevamente aparece la señal afirmativa con la cabeza y la mano es lentamente retirada. Mientras el niño se está componiendo, se comienza a



hablar sobre cualquier otra cosa, y no se hace ninguna referencia a lo que ha pasado antes.<sup>69</sup>

Para las extremidades: para sujetar las manos del paciente se debe tener mucho cuidado de mantenerlas sobre el sillón dental. Para sujetar los pies es recomendable quitarle los zapatos, que las piernas al igual que los brazos se encuentren sobre una superficie dura.<sup>70</sup>

Para la cabeza: el operador o el asistente puede sostener la cabeza para evitar cualquier movimiento, sobre todos movimientos laterales.

Para el cuerpo: en esta técnica los padres o los asistentes son los restrictores, todos los métodos empleados tienen en común que el cuerpo del restrictor se encuentra en contacto directo con el niño. Existen tres formas de esta restricción; el niño está recostado sobre los brazos, el pecho o el regazo del restrictor, el restrictor se sienta en forma cruzada en el sillón dental, sobre las piernas del niño, éstas pasan directamente por debajo y detrás de las piernas del restrictor, el restrictor se recuesta sobre el niño de frente, apoyándose en sus codos mirando directamente hacia la cara del niño sosteniendo las manos del paciente.<sup>71</sup>

La restricción física mecánica se aplica por medio de aditamentos o aparatos, directamente al cuerpo del paciente. Con esta técnica el paciente entiende que aunque luche no se le va a soltar a menos de que cambie su conducta, la fuerza aplicada sobre el paciente siempre es la misma y no cambia durante el tratamiento y no es necesario personal extra para su aplicación. El paciente en el forcejeo por intentar soltarse puede lastimarse,

<sup>69</sup> Ripa. Op. cit., pág. 85-86.

<sup>70</sup> González. Op. cit. Pág. 19.

<sup>71</sup> Ib.



algunos de ellos son aditamentos altamente costosos y los padres no están totalmente de acuerdo con su uso.<sup>72</sup>

Tipos de restrictores físicos mecánicos.

Para la boca: abre bocas o bloques de mordida, se emplean para evitar que los niños cierren la boca y se lastimen, para evitar fatiga debido a una sesión larga, para el niño revoltoso o desafiante que cierra constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento y también para proteger los dedos del odontólogo. Siempre deberán ser usados en el niño mental o físicamente impedido y en el muy pequeño.<sup>73</sup>

Podemos encontrar, metálicos en forma de tijera, Molt mouth prop (Hu Freedy, Chicago), abre bocas de hule (Mc. Kensson Co., Mocks Corner, S.C.), triángulos de hule dentados con forma de curva de spee (Mouth props semi-hard neoprene), dedos hechos de madera, espátulas para morder de goma dura, dedos hechos de acrílico, de 6 a 8 abatelenguas unidos con cinta testigo cubiertos por un dedo de guante, el mango del espejo dental.

Para las extremidades: bandas de tela de diferentes largos y de 5 cm. de ancho, con velcro en las puntas, para la sujeción al sillón dental, correas de Posey, tubos de plástico para mantener los brazos estirados (los que se usan para impedir la autoagresión), inmovilizadores anatómicos tipo férula (usados en ortopedia), bolillos y triángulos de vinil (aditamentos de posición).

<sup>72</sup> Ib. pág. 19.

<sup>73</sup> Ripa. Op. cit., pág. 79.



Para la cabeza: posa cabeza de la silla de ruedas, casco de plástico, bandas de tela (5 cm de ancho) con velcro, rectángulos de vinil (de colocación bilateral).

Para el cuerpo: Papoose board ®, restrictores de vinil y madera, de cuerpo completo, tipo papoose, sábana triangular, Pedi-wrap (Clark Ass., Charlton City, Mass), sábana o paño para envolver al niño, sellado con maskin tape, camillas para bebé (Macri), cinturones de seguridad de cochecitos, porta bebés y sillas de ruedas.

Se recomienda el uso de restricción física en pacientes con discapacidades físicas, que se sienten mejor y más seguros con la restricción física, especialmente la de custodia,<sup>74</sup> pacientes con discapacidades mentales, principalmente retardo mental moderado y severo, aquellos niños histéricos, beligerantes, desafiantes o poco tolerantes, niños premedicados que no disponen de un nivel completo de conciencia y que pueden reaccionar bruscamente, niños, que aunque traten de cooperar, presentan movimientos involuntarios, niños que llegan con emergencias dentales, cuando es estrictamente necesario, pues ya se han aplicado otros métodos de control y modificación de la conducta y no se logró obtener la conducta deseada y por ultimo en citas de control y seguimiento de pacientes que, por diferentes motivos, fueron intervenidos bajo anestesia general.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> González. Op. cit. Pág. 20.

<sup>75</sup> González. Op. cit. Pág. 21.



---

---

## 5. CIRCUITO CERRADO DE TELEVISIÓN (CCTV)

### DEFINICIÓN

Un circuito cerrado de televisión es un medio de protección activa que permite realizar, a distancia y en tiempo real, el control general de áreas e instalaciones.<sup>76</sup>

Se denomina circuito cerrado porque, a diferencia de la televisión tradicional, este solo permite un acceso limitado y restringido del contenido de las imágenes a algunos usuarios.<sup>77</sup>

### HISTORIA DEL CIRCUITO CERRADO DE TELEVISIÓN

El uso de circuitos cerrados de televisión comenzó como un elemento de la seguridad de la preparación militar. El primer uso documentado de circuito cerrado de televisión fue en el año 1942 por el ejército alemán. La instalación de cámaras remotas y monitores en blanco - negro era importante para la observación de los ensayos de misiles V2 en la preparación de los ataques militares de larga distancia. Los alemanes no fueron los únicos en el uso del circuito cerrado de televisión en la década de 1940, los Estados Unidos utilizaron la tecnología en el Proyecto Manhattan. Este proyecto consistió en el desarrollo de un arma atómica en los desiertos del suroeste americano y el circuito cerrado de televisión permitido que científicos y militares observar el éxito de las pruebas a distancia. El circuito

---

<sup>76</sup> Circuito cerrado de televisión – CCTV -

<http://www.corporinoquia.gov.co/ktml2/images/uploads/Sistemas/Circuito%20cerrado%20de%20tv.pdf>

<sup>77</sup> Fillipo Rugeles Victor Hugo, Basis for the design of the an closed circuit television, Scientia et Technica Año XV, No 42 Agosto de 2009. Universidad Tecnológica de Pereira.



cerrado de televisión se popularizó como un instrumento de gobernabilidad local en Gran Bretaña en los años 1980 y 1990, con el British Home Office con la instalación de decenas de miles para controlar el tráfico y ayudar a combatir la creciente tasa de delincuencia. Además, se convirtió en una herramienta importante para las autoridades británicas y americanas de tránsito en lugares como Londres y Nueva York, con cámaras colocadas en taxis, autobuses y estaciones de tren para evitar el vandalismo y garantizar el transporte oportuno de los pasajeros. En las ciudades de California en la década de 1990, por el exceso de velocidad se instalaron cámaras en los semáforos, a fin de realizar el seguimiento de violadores de las normas de tránsito y enviar las multas a los propietarios de los automóviles. Además, las tiendas de conveniencia y otros puntos de venta comenzaron a utilizar circuitos cerrados de televisión en los años 1970 y 1980 con el fin de evitar el robo y como método de control de masas. En cajeros automáticos se hizo más popular en la década de 1990, el circuito cerrado de cámaras de televisión se convirtió en lugar común en los miles y miles de cajeros automáticos en todas las ciudades occidentales. De hecho, caminando por cualquier calle Americana o británica desde la década de 1990 significa que un sistema de circuito cerrado de televisión, probablemente, ha capturado la imagen de todos los que han caminado en el pasado.<sup>78</sup>

## COMPONENTES

→ Medios de captación (cámaras) con sus diversas configuraciones y subcomponentes.

<sup>78</sup>[http://www.articulosinformativos.com.mx/El\\_Circuito\\_Cerrado\\_de\\_Television\\_Distrito\\_Federal-r854843-Distrito\\_Federal.html](http://www.articulosinformativos.com.mx/El_Circuito_Cerrado_de_Television_Distrito_Federal-r854843-Distrito_Federal.html)



Elemento básico de un CCTV. Son utilizadas para la toma y tratamiento de imágenes, son las que captan imágenes ópticas y las transforma en señal eléctrica (de video) para que puedan ser enviadas por medios de transmisión alámbricos o inalámbricos hasta los monitores. En el mercado se encuentran cámaras fijas y con movimiento horizontal, vertical y acercamiento del tipo a color, a blanco y negro y a color de día y blanco y negro de noche ubicadas estratégicamente.

Características que debe presentar una cámara: que sea de buena resolución, o sea que dé definición y buena calidad de imagen, buena sensibilidad: que el nivel mínimo de trabajo sea aceptable, sensibilidad espectral: debe contar con iluminación nocturna visible o infrarroja, señal/ruido: que dé buena calidad de imagen, sin ruidos y formato de objetivo: que la lente no presente desequilibrios ni excesos.

→ Medios de transmisión de la señal: de la señal que las cámaras han convertido de imagen óptica en impulso eléctrico.

→ Medios de visualización (monitores) que recuperan la señal de video y la vuelven a convertir en imagen por procedimientos inversos a los de captación.<sup>79</sup> Su aspecto es similar al de un televisor común, pero carece de controles que permiten la sintonización de televisión a los espectadores al cambiar de canal.<sup>80</sup>

Es básicamente un equipo que permite ver las imágenes emitidas por las cámaras,<sup>81</sup> reproducen las imágenes capturadas, estas pueden ser, simultáneamente, almacenadas en medios analógicos o digitales, según lo requiera, para analizar la conducta y el progreso que

<sup>79</sup> Circuito cerrado de televisión – CCTV . Op. cit.

<sup>80</sup> [http://www.articulosinformativos.com.mx/El\\_Circuito\\_Cerrado\\_de\\_Televisión\\_Distrito\\_Federal-r854843-Distrito\\_Federal.html](http://www.articulosinformativos.com.mx/El_Circuito_Cerrado_de_Televisión_Distrito_Federal-r854843-Distrito_Federal.html)

<sup>81</sup> Circuito cerrado de televisión – CCTV . Op. cit.



determinado paciente a tenido durante las diversas visitas al cirujano dentista.<sup>82</sup>

Características del monitor: tamaño de la pantalla, resolución central, resolución en la esquina, contraste y calidad de imagen, diseño de la cubierta y resistencia de la misma, blanco y negro que brinda mayor resolución, color que brinda mayor información, alta resolución, posibilidad de modificar a futuro y ángulo de visualización.

→ Accesorios o elementos secundarios: Tratamiento, grabación y reproducción de imágenes, elementos de soporte, protección y dirección y programación de toures de cámaras.

→ Secuenciador : Es un equipo especialmente diseñado para recibir todas las imágenes emitidas por las cámaras instaladas, para realizar una serie de funciones como acercamiento, rotación, intervalos, entre otros, que permiten visualizar en los monitores las imágenes según la necesidad y capacidad del equipo.

→ Video grabadora: Es un equipo especialmente diseñado para almacenar magnéticamente las imágenes captadas por las cámaras del CCTV, dependiendo de la capacidad de grabación en tiempo que posea la máquina, igualmente permite visualizar la hora y fecha de cada imagen. Este tipo de equipos según sus características técnicas pueden almacenar en un taco de vídeo convencional de VHS tiempos de grabación que van desde seis, doce, dieciocho, veinticuatro, treinta o más horas.

La recomendación básica para el diseño de CCTV es tener en cuenta las necesidades reales de seguridad que requiere la instalación.<sup>83</sup>

<sup>82</sup> Fillipo Rugeles Victor. Op. cit.

<sup>83</sup> Circuito cerrado de televisión – CCTV . Op. cit.



---

---

## VENTAJAS

Acceso al vídeo en vivo en cualquier momento.

El vídeo puede almacenarse en ubicaciones remotas, por motivos de comodidad o seguridad, y la información puede transmitirse.

Las cámaras pueden colocarse prácticamente en cualquier lugar.<sup>84</sup>

## DISEÑO

- El sistema debe diseñarse para proveer identificación visual positiva de una persona, objeto, o escena requerida.
- Definir las áreas que cada cámara visualizará.
- Determinar donde se localizará el monitor o monitores para visualizar el sistema.
- Determinar el mejor método para transmitir la señal de vídeo de la cámara al monitor.<sup>85</sup>

No importa el tipo de conexión, las imágenes del circuito cerrado de televisión permanecen dentro de la red de monitores y cámaras. Esta es la razón de la expresión "circuito cerrado", como los monitores de circuito cerrado de televisión no pueden recibir programas de televisión ni radios o cualquier televisor no puede recoger las señales del circuito cerrado.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Fillipo Rugeles Victor. Op. cit.

<sup>85</sup> Diseño de los sistemas de circuito cerrado de televisión y control de accesos - <http://dspace.epn.edu.ec/bitstream/123456789/9047/2/T11433CAP2.pdf>

<sup>86</sup> [http://www.articulosinformativos.com.mx/El\\_Circuito\\_Cerrado\\_de\\_Televisión\\_Distrito\\_Federal-r854843-Distrito\\_Federal.html](http://www.articulosinformativos.com.mx/El_Circuito_Cerrado_de_Televisión_Distrito_Federal-r854843-Distrito_Federal.html)



---

---

## OBJETIVO DEL CIRCUITO CERRADO EN ODONTOPEDIATRÍA

Tener una comunicación visual con los padres que se encuentran en la sala de espera, observando por medio del monitor como se lleva a cabo el tratamiento y como es el comportamiento de su hijo durante la consulta odontológica.<sup>87</sup>

El objetivo de este sistema es la supervisión, el control y el eventual registro de la actividad física.<sup>88</sup>

Otro de los objetivos del uso del circuito cerrado de televisión en odontopediatría es disminuir o eliminar todos aquellos factores que intervienen en el condicionamiento de la conducta del niño tales como miedo, ansiedad, estado emocional o rechazo, entre otros, que pudieran afectar un buen comportamiento y no obtener así una actitud cooperadora en los diversos tratamientos tanto de diagnóstico, operatorios o de prevención.

Con el uso de este sistema es recomendable el uso de técnicas no farmacológicas de manejo de la conducta como desensibilizantes que en algunos casos requerirán de la proyección de videos de dibujos animados, cuentos o historias que implique la enseñanza de aquellos procedimientos aplicados que pudieran ser nuevos en pacientes que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas.

---

<sup>87</sup> Especificaciones Generales de Construcción. Sistemas de Circuito Cerrado de Televisión - construcción - [http://www.impi.gob.mx/work/sites/IMPI/resources/LocalContent/1826/1/10\\_especificaciones\\_CCTV.pdf](http://www.impi.gob.mx/work/sites/IMPI/resources/LocalContent/1826/1/10_especificaciones_CCTV.pdf)

<sup>88</sup> Fillipo Rugeles Victor. Op. cit.



---

---

Otra técnica apropiada para el uso del circuito cerrado de televisión es modelado o imitación, permitiendo al paciente que observe uno o más individuos (modelos) que muestre una conducta apropiada en un momento particular provocando que él paciente (observador) imite la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar sobre todo si el modelo a seguir posee características similares a las del niño objetivo.

El modelo es observado desde el monitor durante el desarrollo de su tratamiento y cuando este es recompensado por su buen comportamiento,<sup>89</sup> este monitor será ubicado en la sala de espera.

Pueden emplearse diferentes modelos en lugar de uno solo siempre y cuando estos presenten un comportamiento adecuado digno de imitar.

Otro objetivo que persigue el uso de circuito cerrado de televisión es para disminuir la ansiedad de los padres, las actitudes sociales han cambiado en los últimos años a una mayor participación de los padres durante el tratamiento, lo que lleva a la necesidad de explicar el diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo con las necesidades del niño, de manera que permita a los padres seguir la situación, pero no implicarlos en el tratamiento, pues terminan interviniendo para proteger a su propio hijo, lo cual desemboca en una situación perjudicial para el propio tratamiento.

No hay duda de la influencia de la ansiedad de los padres sobre la conducta del niño; sentimientos de temor fácilmente transmitidos a los niños, ya no solo en los ambientes familiares, sino también por medio de las acciones y reacciones durante el tratamiento del niño. Es por este motivo por

---

<sup>89</sup> Abanto. Op. cit., pág. 103.



---

---

lo que en algunos casos puede necesitarse una disminución de los niveles de ansiedad de los padres para tratar efectivamente a los niños.

En ocasiones, ofreciendo mas información a los padres sobre las técnicas disponibles para controlar la ansiedad de su hijo aumentaremos, por un lado, la aceptación por parte de ellos de las diferentes técnicas, y al mismo tiempo, ayudara a disminuir su propia ansiedad conocer las posibles opciones para su hijo.

Por otra parte, es fundamental que en el momento de las explicaciones a los padres (que deben realizarse sin la presencia de su niño), nuestro tono de voz transmita confianza y seguridad, así como modular nuestro volumen de manera que ayude a calmar su ansiedad. En cuanto al contenido, no debemos limitarnos a la exposición de problemas, sino ofrecer soluciones tanto desde el punto de vista de procedimientos terapéuticos como en las técnicas que permitan mejorar la colaboración del niño para el tratamiento. También, teniendo en cuenta que el llanto del niño puede ser el origen de un incremento de la ansiedad paterna, insistir en la normalidad, según la edad, de posibles llantos que más que una alteración son un simple reflejo de su nivel de madurez, y que, en ocasiones, no interesa controlar, pues ayudan a eliminar las tensiones del niño durante el tratamiento.

En cuanto al momento del tratamiento, dependiendo de la edad del niño, la mayoría de profesionales prefiere que los padres esperen en la zona de recepción, pues, en general, la colaboración del niño es mucho mejor, y, sobre todo, puede ayudar a disminuir la ansiedad de los padres. Aunque en



algunos casos, dependiendo del perfil de los padres y niños, puede ser mejor su presencia durante el tratamiento.<sup>90</sup>

Al emplear el circuito cerrado de televisión durante el tratamiento se les brinda a los padres la confianza de observar a sus hijos a través del monitor, y que sientan la seguridad de poder dejar solos a sus hijos en el consultorio dental, vigilen el comportamiento de sus hijos y observen la evolución del tratamiento dental , ya que si los padres muestran ansiedad e inquietud esta puede ser transmitida directamente al paciente afectando su conducta si ellos están presentes durante el tratamiento.<sup>91</sup>

<sup>90</sup> Boj Juan R., Odontopediatría; Barcelona : Masson, 2004, pág. 265.

<sup>91</sup> Morales Vazquez, Tutora: Mtra. Zurita Murillo, Uso del circuito cerrado de televisión en Odontopediatría, 2005. UNAM. 34-39 pág.



---

---

## 6. COMUNICACIÓN EFICIENTE

Comunicación: es el proceso de interacción de dos o más persona, a través de la cual no solo se intercambia información, si no también sentimientos, ideas, emociones, valores, necesidades, etc., que producen influencia mutua y que trae como consecuencia una modificación de ambas.<sup>92</sup>

Los seres humanos nos comunicamos permanentemente, lo cual nos brinda la posibilidad de intercambiar, es decir, de dar y recibir, y en ese proceso expresamos y compartimos.

Dicha comunicación puede ser verbal y no verbal. Nos comunicamos verbalmente cuando usamos el lenguaje oral, y de manera no verbal cuando usamos señas, como por ejemplo asentir con la cabeza o mirar a alguien en señal de aprobación, o cuando levantamos una ceja en señal de duda, o cuando damos una palmadita en el hombro para expresar cariño y comprensión.

Dentro de las formas de comunicación encontramos una de especial interés para el cirujano dentista:

Comunicación eficiente: Es la comunicación basada en el respeto y la tolerancia que nos ayuda a mejorar nuestras relaciones interpersonales y a promover encuentros de calidad en cada oportunidad de contacto que tenemos. La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

Caracterizada por ser; directa, clara y específica al transmitir sentimientos, pensamientos y necesidades, honesta, en la medida en que expresa acertadamente nuestros verdaderos sentimientos, opiniones, o

---

<sup>92</sup> Martí as a Paradigm for the Excellence in Medical-Patient Relationship in Health Services - [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=64&id\\_seccion=2083&id\\_ejemplar=6269&id\\_articulo=62370](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=64&id_seccion=2083&id_ejemplar=6269&id_articulo=62370)



---

---

preferencias sin menospreciar a los demás en el proceso, descarta cualquier forma de manipulación sutil, describe un lenguaje no verbal caracterizado por: expresión facial, atenta, interesada, congruente con lo que se expresa; contacto visual directo; postura relajada; tono de voz moderado; y velocidad del habla moderada, se evitan los calificativos o etiquetas para las personas; se busca más bien la descripción de los sentimientos y de los pensamientos que producen en el sujeto un mensaje determinado, enunciando lo que se desearía, se dirige hacia la solución de problemas por medio de la negociación, compromiso y búsqueda de alternativas posibles; se trata de enfrentar los problemas en el momento en que suceden mediante una relación de tipo empático (ponerse en el lugar del otro) y de la clarificación de sentimientos negativos y malos entendidos y por último, establece una relación fluida y de buen trato con las personas.

Para lograr una comunicación eficiente existen tres conceptos clave:

Confianza: una persona confía en otra cuando cree que ésta no le hará daño. El tipo de cooperación que se obtiene del paciente y los padres dependerá de si existe o no confianza en la relación.

Empatía: es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona, esto implica un nivel de apertura y tolerancia, amabilidad y una relación horizontal, activa, personalizada, simple y eficaz que permita eliminar toda barrera comunicacional entre las personas. En ese sentido, la empatía es un vínculo real que nos permite ponernos en el lugar del otro, lo cual favorece la comunicación y el trabajo en equipo (CD. – paciente – padres).

Respeto: es una actitud que traduce un valor de consideración hacia uno mismo y hacia el otro. Debe estar presente en todo proceso de



comunicación. El respeto es un elemento central de todo proceso de comunicación y está vinculado al concepto de autoestima, pues en la medida que tengamos sentimientos de valoración y consideración para con nosotros mismos, los tendremos para con los demás.<sup>93</sup>

En el esfuerzo por entender la relación cirujano dentista – paciente - padres, podemos mencionar tres elementos que interactúan:

Variables contextuales: incluyen la cultura, los tipos de pacientes y clínicos, y las características de la enfermedad.

Variables del proceso: aquellas que ocurren dentro del encuentro, que comprenden los tipos de comunicación.

Resultados en el paciente: aspectos posteriores a la consulta que se ven influidos por los componentes anteriores, entre ellos están la satisfacción, adherencia, enfrentamiento y la calidad de vida.

La comunicación requiere respeto y confianza mutua, así como fuertes herramientas de atención; es definida frecuentemente como “dar a conocer”, pero de acuerdo a su derivación latina communis significa “en común, compartir”. La buena comunicación mejora la precisión del diagnóstico, el manejo de decisiones y reduce las investigaciones innecesarias y tratamientos inapropiados.

La comunicación entre cirujanos dentistas – pacientes - padres es un fenómeno que reúne varios individuos en posiciones desiguales, con frecuencia no es voluntaria, comprende asuntos de vital importancia, es abrumadora emocionalmente y requiere de una cercana cooperación. Asimismo, se vinculan a elementos culturales donde se propone que personas de culturas individualistas tienden a un estilo de comunicación más

---

<sup>93</sup> HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: Técnicas para la Comunicación Eficaz - [http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion\\_eficaz.shtml](http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml)



directo y asertivo; mientras que personas pertenecientes a culturas colectivistas, como nuestro país, muestran un estilo indirecto, respeto por la autoridad y adaptación a otros.

La elección del estilo de comunicación dará la pauta para incentivar la confianza, transmitir seguridad, lograr que el paciente sea más participativo durante la consulta y desarrollar lazos terapéuticos significativos que involucran y ofrecen control al paciente para que tome parte activa en su proceso de salud.<sup>94</sup>

La comunicación adecuada condiciona la calidad de la relación cirujano dentista – paciente - padres y ejerce una enorme influencia sobre el mejoramiento de estado de salud, el funcionamiento y la satisfacción.

Una comunicación eficiente se logra conjugando diferentes habilidades: una es, ser un buen comunicador y otra un buen escucha, como primer requisito para comunicarnos eficientemente lo indicado es ser uno mismo.

Al comunicarnos con los pacientes y familiares no nos podemos desprender de nuestros valores, sentimientos, emociones; expresados no solo en lo que se dice, sino en cómo se dice: de forma verbal o utilizando los signos del cuerpo. La presencia de humanismo, sensibilidad, solidaridad, altruismo, o su ausencia, pueden favorecer o entorpecer, respectivamente, el proceso comunicativo.

De igual manera, no saber controlar las emociones, prejuizarse ante el aspecto físico, nivel cultural o procedencia de los pacientes y padres, si existe incoherencia en lo que hace y se dice, no se logra comunicar eficientemente el mensaje.

<sup>94</sup> García-Cerón MÁE, Alvarado-Aguilar S.; Communication in physician-patient relationship: a cancer patient's perspective; GAMO Vol. 8 Núm. 3, mayo – junio 2009.



Para lograr mayor efectividad de la comunicación con los pacientes y familiares, que permita comprender el mensaje y se logren los resultados esperados es imprescindible que este reúna características indispensables:

Es importante utilizar un lenguaje sencillo, es decir lo complicado de forma fácil.

El mensaje, además, de ser claro, breve, preciso y conciso. Ser capaz de transmitir lo que se desea en dependencia del objetivo o función comunicativa a lograr, ya sea informativa, emotiva, creativa, catártica o persuasiva; y a la vez contener todo lo que debe comunicarse, es un reto.

El mensaje, además de ser enunciado de forma viva, debe estar acompañado de información redundante y aclaratoria, repetirse con la frecuencia necesaria como para quedar grabado en la memoria del destinatario, sin que llegue por supuesto a la saturación del mismo.

La habilidad para comunicarse eficientemente no solo consiste en saber expresar las opiniones y sentimientos, sino que una buena parte de la responsabilidad de la comunicación recae en el papel que desempeña el escuchar a nuestro interlocutor.

Requerimientos necesarios para lograr su efectividad: privacidad, comodidad, mirar al interlocutor a los ojos, manifestar interés, asentir y hacer expresiones adecuadas, evitar gestos que lo distraigan, formular preguntas, transitar tranquilamente entre el rol de emisor y receptor, ser prudentes en nuestro argumentos, críticas y ser empáticos.<sup>95</sup>

El objeto de la comunicación eficiente es ofrecer información que facilite el manejo de un paciente y optimizar su relación con él y sus padres.

En el proceso de intercambio de información intervienen habilidades básicas, que se dividen en tres categorías:

---

<sup>95</sup> Martí as a Paradigm for the Excellence in Medical-Patient Relationship in Health Services. Art. Cit.



## 1.- Habilidades de escucha

Actitud general de escucha: Su objetivo es facilitar al Cirujano Dentista el acceso al discurso del paciente. La actitud del entrevistador facilita o dificulta la comunicación durante la entrevista, tal actitud supone una disposición a recibir la comunicación del paciente o sus padres y se traduce en unas manifestaciones físicas, en forma de posturas, gestos, movimientos, miradas, expresiones faciales, tono, volumen o ritmo de la voz, ritmo de la respiración.

A través de esta actitud el entrevistador intenta concentrarse en el mundo del paciente y manifestar su interés por él.

Postura física del Cirujano Dentista: Las recomendaciones son en base a cinco parámetros:

Ángulo-frente: Se considera más adecuado no sentarse de frente, sino con un ángulo de 90 grados respecto a él paciente o sus padres. Esto facilita que pueda en ocasiones concentrarse en su discurso sin tener que enfrentar nuestra mirada.

Inclinación hacia delante: Esta postura suele interpretarse como de interés e involucración en lo que se está escuchando. La inclinación hacia atrás se puede interpretar como aburrimiento o displicencia.

Apertura (manos y brazos): Se trata de asegurar que la postura expresa nuestra apertura para escuchar. En general, los brazos y piernas cruzados expresan lo contrario.

Mirada (contacto visual): El contacto visual suele interpretarse como una manifestación de interés. Este no implica una mirada fija o inmóvil (que puede resultar artificiosa o inquietante) pero sí un centrarse en la mirada del



otro. La atención a los momentos en que se produce la pérdida de este contacto visual puede ser fuente de información muy valiosa.

Relajación: Las posturas demasiado rígidas o las manifestaciones de inquietud o nerviosismo pueden hacer que el paciente se sienta incómodo y dificultar la entrevista.

Actitud interna del Cirujano Dentista:

Silencio intrapsíquico: El Cirujano Dentista se compromete a dedicar sus reflexiones al paciente y a sus padres durante la entrevista y no dedicarse a pensar en otras cosas.

Suspensión del juicio: El Cirujano Dentista se prepara para intentar comprender el mundo de valores y significados del paciente y sus padres. Debe comprender cómo estos se manifiestan en su comportamiento. Juzgar el comportamiento del paciente según los propios comportamientos del Cirujano Dentista, no sólo no ayudan, sino que impide hacer esta operación. Cuando nos encontremos haciendo juicios de valor sobre el comportamiento del paciente (en lugar de intentar acceder al significado personal de sus actos) debemos preguntarnos qué es lo que nos ha hecho apartarnos de nuestro cometido (esta pregunta puede ser una fuente importante de información).

Atención a lo no explícito: Es importante prestar atención no sólo a lo que el paciente o sus padres no dicen, sino también a las cosas que callan, deliberadamente o inadvertidamente, y a las cosas que aunque no dicen, están de algún modo implícitas en lo que dicen. Se consideran cuatro categorías de discurso no explícito.

Discurso incompleto: En una consulta no es necesario explicar muchas cosas, que por la relación anterior o por la cultura se dan por sobreentendidas. En la conversación son estos sobreentendidos los que hay



que convertir en objeto de discusión, ya que lleva con frecuencia a la clarificación o a la formulación de preguntas que abren campos de conversación que de otro modo no se hubieran producido.

Contenido implícito: Son significados que no están explícitamente dichos pero pueden deducirse de lo que el paciente o sus padres dicen.

Discurso evasivo: En ocasiones la narración de los padres parece evitar selectivamente determinados temas. La indagación de esa evitación puede ser crucial para la entrevista.

Omisiones: los padres o el paciente no han mencionado hechos que pudieran ser relevantes.

## 2.- Comunicación no verbal

Es más importante percibir los efectos de la comunicación no verbal que saber interpretar los efectos de la misma, ya que casi nunca es emitida para ser comprendida, sino para ser sentida. Los componentes de la comunicación no verbal son:

Aspecto general: La apariencia general del paciente transmite una enorme cantidad de información; podemos aproximarnos a una determinada manera de vestir o de arreglarse, preguntándonos de qué manera contribuye a autosatisfacer la autoimagen del paciente.

Autocuidado: El grado de autocuidado del paciente puede decirnos muchas cosas sobre su estado de ánimo, sobre el funcionamiento de su red de apoyo o los modos de aproximación a otras personas.

Actitud corporal: Ésta refleja no sólo el estado de ánimo, sino también el modo en que el paciente se enfrenta al cirujano dentista. La



información que recibimos por esta vía puede completar o, a veces, contradecir la del discurso verbal del paciente.

Los cambios en la postura y actitud corporal pueden ser un indicador fundamental para que el Cirujano Dentista se haga una idea de cómo determinadas informaciones o acontecimientos sucedidos durante la consulta están siendo asumidos por el paciente.

Expresión facial: Es especialmente importante que el Cirujano Dentista preste atención a las variaciones en la expresión que se producen durante la consulta y a las posibles incongruencias entre el contenido del discurso verbal y la expresión facial.

Voz: El tono de voz da una información poderosa del estado de ánimo del paciente. Así, un temblor en el tono puede indicar inseguridad o miedo, un tono monocorde y bajo puede acentuar la sospecha de un trastorno depresivo, una solicitud de permiso puede convertirse, según el tono en el que se diga, en una exigencia...

Reacciones neurovegetativas: Las reacciones neurovegetativas (sudoración, rubefacción, palidez...) pueden ser informantes del estado emocional del sujeto. La aparición de tales reacciones en determinados momentos de la entrevista puede orientar al cirujano dentista sobre los sentimientos del paciente.

### 3.- Respuestas experimentadas por el cirujano dentista

En nuestras consultas escuchamos relatos de hechos que, a veces, son impactantes; asistimos a reacciones emocionales intensas de nuestros pacientes; ello despierta en nosotros emociones y, a veces, desencadena



pensamientos y comportamientos que no están guiados únicamente por la intención de actuar terapéuticamente.

Esto puede dificultar nuestro trabajo, pero al mismo tiempo esas emociones pueden ser de gran ayuda. Por consiguiente debemos prestar atención a las emociones y pensamientos que experimentemos en la consulta. En primer lugar, se deben reconocer para posteriormente plantearnos en qué medida se corresponderían con la respuesta que probablemente hubieran experimentado la mayoría de las personas si se encontraran en esa situación y en qué medida responde a algo más personal.

El objetivo final es claro: mantenernos en nuestro clima emocional, aunque momentáneamente nos hayan influido emociones negativas, que desarticularemos oponiéndole una cognición (creencia o pensamiento).<sup>96</sup>

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo. Dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo Cirujano Dentista ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.

---

<sup>96</sup> COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN... Entrevista Clínica. Habilidades de comunicación en la entrevista clínica - <http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/1.pdf>



La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el Cirujano Dentista necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad.

Uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el Cirujano Dentista demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el Cirujano Dentista considere su opinión acerca del tratamiento.

Una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, esto es: que una de las mayores cualidades del Cirujano Dentista debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes.

Las cualidades humanísticas del Cirujano Dentista, parecen ser muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su Cirujano Dentista. Cuando el Cirujano Dentista logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al



tratamiento, el Cirujano Dentista incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente.

Con una adecuada orientación comunicativa se permite entre otras cosas: mejorar la comprensión del proceso salud-enfermedad, realizar un enfoque netamente humano al enfatizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado –sin olvidar su substrato biológico- uso deliberado de la palabra como herramienta poderosa de comunicación intra e interpersonal.

Los Cirujanos Dentistas deben aprender a escuchar con ambos oídos, lo cual significa escuchar con un oído atentamente la información biomédica y con el otro la información psicosocial del paciente.

Existen cuatro modelos de comunicación:

1. Modelo de las tres funciones del Cirujano Dentista: que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.

2. El modelo clínico centrado en el paciente: el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del Cirujano Dentista y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del Cirujano Dentista que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el Cirujano Dentista debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de



escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.

3. El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el Cirujano Dentista, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4. El modelo del autoconocimiento del Cirujano Dentista: el cual parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el Cirujano Dentista obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser más acorde con la experiencia del paciente. Como podrá observarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes.

La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que este perciba haber encontrado puntos comunes de acuerdo con su Cirujano Dentista que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada, y que su nivel de molestias y preocupación hayan sido evaluadas.



Se ha visto que la comunicación eficiente influye tanto en la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de manejo . Los resultados suelen ser: la salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas, como lo es el estrés.

La importancia de explorar y permitir que el paciente o sus padres expresen sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del Cirujano Dentista, pues el clínico parece no darse cuenta de la relevancia de las ideas del paciente sobre la indicación médica para el éxito del plan terapéutico. Se puede destacar la falta de participación del paciente o sus padres en la consulta y que los errores terapéuticos generalmente se asocian con esta falta de participación.<sup>97</sup>

El encuentro con la enfermedad ajena, y sobre todo la propia, constituye una de esas situaciones recordatorias de lo vulnerable e incierto de su naturaleza. Por dicho motivo, el paciente tiene siempre en realidad dos problemas: su enfermedad, y la angustia que ella representa, en algún grado, ante la posibilidad de no ser rehabilitado.

Resulta claro entonces que un paciente cuando concurre a la consulta busca desde ya una solución a su enfermedad, pero también contención a su angustia. Es por esta razón que la consulta médica debe, por un lado, funcionar como una fuente de información tendiente a entender y resolver la enfermedad del paciente, y por otro, resultar un verdadero bálsamo para su angustia. Cuando una consulta médica permite alcanzar ambos objetivos, es porque ha logrado generar una atmósfera terapéutica, que es en definitiva la que alivia la preocupación del paciente. Dicho clima se consigue cuando el Cirujano Dentista, a través de su actitud, logra que el

---

<sup>97</sup> Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández- Hernández MA .; The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine - <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/e-amf2006/e-amf06-2/em-amf062k.htm>



paciente vea en él a una persona idónea que lo acepta tal cual es y que está interesado en ayudarlo.

Atributos comunicacionales que forjan una actitud terapéutica:

- Trato amable y respetuoso, pues ya es suficiente carga para el paciente tener que afrontar su enfermedad y la angustia acompañante, como para soportar además una actitud de maltrato por parte de su Cirujano Dentista.
- Transparencia en el diálogo con el paciente y su familia.
- Escucha atenta y libre de la emisión de juicios de valor.
- Abstención de caer en contradicciones entre el decir y el hacer (congruencia).
- Tolerancia con límites, pues es tan importante comprender y acompañar al paciente en su problemática, como evitar que se confunda esta actitud de servicio con mero servilismo.
- Lenguaje claro, teniendo en cuenta durante la comunicación con el paciente tanto la carga emotiva de las palabras, como la adecuación de la entonación, los silencios y las pausas discursivas (paralenguaje).
- Determinar de antemano los conceptos centrales a transmitir al paciente y su familia acerca de la evolución y pronóstico de la enfermedad.
- Trabajar en la reafirmación de la autoestima del enfermo (actitud confirmatoria), valorando sus preguntas e ideas (aunque no se compartan) y evitando las interrupciones a sus intervenciones. El parafrasear (repetir las opiniones del paciente con otras palabras) o el reflejar (hacerlo utilizando sus mismas palabras), pueden ser estrategias confirmatorias útiles.



- Estimular la participación del paciente en su tratamiento en modo y forma, acorde a sus posibilidades.

Esto ayuda a elevar la autoestima del paciente (al sentirse jerarquizado por su Cirujano Dentista), a mitigar su angustia (desde el momento en que siente que puede, en algún grado, manejar su problema) y a darle al Cirujano Dentista un aliado terapéutico.

- Argumentar las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, ya que una indicación no es una orden, sino una sugerencia calificada.
- Recordarle al paciente que el Cirujano Dentista no es omnipotente; desde ya, de una forma en que no se vea comprometido su lugar de terapeuta. Nunca debemos olvidar que de la deificación a la demonización hay tan sólo un paso.<sup>98</sup>

A través de la mirada, la expresión verbal, contacto manual y la relación instrumental, Cirujano Dentista y enfermo se comunican en cuanto tales entre sí, uno como «persona enferma», el otro como «persona capaz de prestar ayuda técnica»; ambos, por tanto, como «personas».

Si observamos en la actualidad el encuentro entre el Cirujano Dentista y el paciente, nos encontramos con que el fenómeno de la postmodernidad también repercute en su relación. Se están perdiendo las palabras relativas al padecer, la historia del dolor, el contexto familiar del sufrimiento, su entorno psicosocial; en síntesis, se está perdiendo al «Hombre». El Cirujano Dentista queda relegado al rol de experto en mediciones y manejo de técnicas, y es así como los afectos que se

<sup>98</sup> Musso Carlos G.; Comunicación médico-paciente: La matriz del acto médico; Rev. Hosp. Ital. B.Aires Vol. 26 N° 2, agosto 2006.



desarrollaban en el encuentro entre el Cirujano Dentista y el paciente, quedan fuera del campo; es decir, se recurre a la disociación afectiva, al discurso distante, a la carencia de información y, por ende, al dominio y control de toda implicancia emocional.<sup>99</sup>

#### RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOGRAR UNA COMUNICACIÓN EFICIENTE

1. Manejo adecuado de las habilidades de escucha.
2. Atención especial a la postura física que adoptamos.
3. Análisis de nuestra actitud interna.
4. Suspensión del enjuiciamiento del paciente y, atención a lo no explícito.
5. Reflexión sobre el discurso del paciente (discurso evasivo, incompleto, o de contenido implícito).
6. Prestar atención a las emociones y pensamientos que experimentemos en la consulta.
7. Cuidado con los componentes de la comunicación no verbal.<sup>100</sup>

<sup>99</sup> Anneliese Dörr A; On doctor-patient communication from an anthropological and social point of view; Rev Méd Chile 2004; 132: 1431-1436 págs.

<sup>100</sup> COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN.... Art. Cit.



## CONCLUSIONES

La odontopediatría está marcada por las relaciones entre el dentista, su paciente y los padres, por ello es importante saber que el desarrollo humano es un proceso continuo a través del cual el niño va adquiriendo habilidades gradualmente complejas que le permiten interactuar con las personas, objetos y situaciones de su medio ambiente en diversas formas.

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

Con respecto a los padres es importante mantener una comunicación eficiente basada en el respeto y la tolerancia sabiendo comunicar nuestro mensaje, no sólo debe servir para obtener información que el Cirujano Dentista necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente y sus padres se sientan escuchados, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sientan copartícipe de su atención. Por ello nos corresponde identificar nuestras propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de nuestros pacientes y así brindarles una atención completa que nos guie hacia una práctica odontológica exitosa.



---

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Abanto JA, Rezende KMPC, Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP.  
Propuestas no - farmacológicas de manejo del comportamiento en  
niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(2):101-106 pp.
- Anneliese Dörr A; On doctor-patient communication from an anthropological  
and social point of view; Rev Méd Chile 2004; 132: 1431-1436 pp.
- Asociación española de pediatría de atención primaria -  
<http://www.aepap.org/pdf/psicologico.pdf>
- Barberia Leache Elena; Odontopediatria; Barcelona ; Mexico : Masson, 2001.  
115 – 137 pp.
- Boj Juan R., Odontopediatria; Barcelona : Masson, 2004. 255 – 268 pp.
- Cárdenas Jaramillo Darío; Odontología pediátrica; 4a ed., Medellín,  
Colombia; Corporación para Investigaciones Biológicas, 2009., 27-39  
pp.
- Castillo Mercado, Ramón; Manual de odontología pediátrica;  
Caracas: Actualidades Médico Odontológicas  
Latinoamericanas, 1996, 22 – 59 pp..
- Circuito cerrado de televisión – CCTV -  
<http://www.corporinoquia.gov.co/ktml2/images/uploads/Sistemas/Circuito%20cerrado%20de%20tv.pdf>



---

---

COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN... Entrevista Clínica. Habilidades de comunicación en la entrevista clínica -

<http://www.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/1.pdf>

Diccionario de la real academia de la lengua española. 22° edición -

<http://buscon.rae.es/drael/>

Diseño de los sistemas de circuito cerrado de televisión y control de accesos

-

<http://dspace.epn.edu.ec/bitstream/123456789/9047/2/T11433CAP2.pdf>

Especificaciones Generales de Construcción. Sistemas de Circuito Cerrado de Televisión - construcción -

[http://www.impi.gob.mx/work/sites/IMPI/resources/LocalContent/1826/1/10\\_especificaciones\\_CCTV.pdf](http://www.impi.gob.mx/work/sites/IMPI/resources/LocalContent/1826/1/10_especificaciones_CCTV.pdf)

Fillipo Rugeles Victor Hugo, Basis for the design of the an closed circuit television, Scientia et Technica Año XV, No 42 Agosto de 2009. Universidad Tecnológica de Pereira. 46 – 50 pp.

Fondo de Naciones Unidas para la infancia -

<http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>



García-Cerón MÁE, Alvarado-Aguilar S.; Communication in physician-patient relationship: a cancer patient´s perspective; GAMO Vol. 8 Núm. 3, mayo – junio 2009. 119 – 126 pp.

Gaudy, Jean-François, Arreto Charles Daniel; Manual de anestesia en odontoestomatología, 2a. ed. Barcelona: Masson, 2006, 193-196 pp.

González Umaña Liliana; Restricción Física en Odontología; Publicación Científica Facultad de Odontología • UCR • N°7 • 2005. 17 -22 pp.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: Técnicas para la Comunicación Eficaz  
- [http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion\\_eficaz.shtml](http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml)

Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA .; The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine -  
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/e-amf2006/e-amf06-2/em-amf062k.htm>

[http://www.articulosinformativos.com.mx/El\\_Circuito\\_Cerrado\\_de\\_Television\\_Distrito\\_Federal-r854843-Distrito\\_Federal.html](http://www.articulosinformativos.com.mx/El_Circuito_Cerrado_de_Television_Distrito_Federal-r854843-Distrito_Federal.html)

Martí as a Paradigm for the Excellence in Medical-Patient Relationship in Health Services -  
<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&>



---

---

id\_revista=64&id\_seccion=2083&id\_ejemplar=6269&id\_articulo=6237  
0

Morales Vazquez, Tutora: Mtra. Zurita Murillo, Uso del circuito cerrado de televisión en Odontopediatria, 2005. UNAM. 34-39 pág.

Musso Carlos G.; Comunicación médico-paciente: La matriz del acto médico; Rev. Hosp. Ital. B.Aires Vol. 26 N° 2, agosto 2006. 77 – 78 pp.

Organización Mundial de la Salud –  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/>

Pérez Pedraza P., Salmerón López T., Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8: 679-93.

Pinkham J. R., Odontología pediátrica; 3a ed.; Mexico : McGraw-Hill Interamericana, c2001. 348 – 361 pp.

Ripa, Louis W, Barenie, James T; Management of dental behavior in children; Buenos Aires: Mundi, 1984, 63 -93 pp..

Rodríguez, S., Pinto, F., Alcocer, J. Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil. Año 7 - Volumen 2 - Número 11 - Septiembre 2009. 58 – 65 pp.