



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LUDOTERAPIA EN EL CONSULTORIO DENTAL COMO
AUXILIAR EN EL MANEJO DE REACCIONES
EMOCIONALES COMUNES EN LA INFANCIA.

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:

IMELDA LUGO OLGUÍN

TUTOR: C.D. OMAR PÉREZ SALVADOR

MÉXICO, D.F.

2009



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.

DEDICATORIAS

A mis padres, por permitirme jugar el juego de la vida,
por enseñarme a ser responsable, perseverante y
por todo su apoyo incondicional.

A mi nano, por compartir la infancia,
por todos los momentos agradables y desagradables,
por la risa, los juegos, las travesuras,
las opiniones...

A ti, por ser la luz que ilumina mi sendero, por tu cariño,
por tu apoyo moral, por enseñarme que nada es imposible,
por incitarme a soñar y cumplir esos sueños.

GRACIAS.

A todas y cada una de las personas
que de alguna u otra forma
estuvieron en este proceso
y además creyeron en mí.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Desarrollo emocional infantil	3
1.1 Características de las emociones en los niños	5
1.2 Formas emocionales comunes en la infancia	6
1.2.1 Miedo	7
1.2.2 Preocupación y ansiedad	9
1.2.2.1 Explicaciones de la adquisición de ansiedad y miedo dental	11
1.2.3 Estrés	13
1.2.3.1 Tipos de estrés	14
1.2.3.2 Situaciones estresantes infantiles	14
1.2.3.3 El estrés en la atención odontológica	16
1.2.3.4 Estilos más comunes de afrontamiento al estrés	18
1.2.4 Ira	20
1.2.5 Cariño	21
1.2.6 Hiperemotividad	23
2. Ludoterapia	24
2.1 Antecedentes de juego	24
2.2 El juego como terapia o ludoterapia	29
2.3 Teorías de la terapia de juego	30
2.4 Funciones de la ludoterapia	36
2.5 Aplicaciones de la ludoterapia	37
2.6 Beneficios del juego infantil	39



3. Ludoterapia en el consultorio dental	4
3.1 Ludoterapia en la sala de espera	45
3.2 Disminuir la ansiedad en los padres de familia para lograr tranquilidad en los niños	46
3.3 El papel a desempeñar en la sala operatoria y la ambientación que debe poseer	50
CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	57



INTRODUCCIÓN

La visita al odontólogo es una de las situaciones que más miedo y ansiedad genera, es tan alto el nivel que las personas no acuden al consultorio a menos que se encuentren en una situación de emergencia o muy dolorosa y sea tal el grado que los analgésicos no lo alivien. En los niños hasta que no dejan dormir a los padres teniendo como última alternativa pedir ayuda al profesional y en el peor de los casos una vez que se elimina el dolor, los padres dejan de llevar a la consulta a su niño abandonando los tratamientos.

Por tal razón el profesional debe hacer hincapié en la importancia de recibir un tratamiento integral y completo, el trabajo del odontólogo no es fácil, el paciente tiene mucho dolor y lo único que desea es ir a casa, una vez eliminado el dolor, el estomatólogo va ganando poco a poco la confianza del infante logrando que este colabore de forma adecuada en su tratamiento y de ser una experiencia desagradable el asistir a consulta odontológica, pase a ser sino agradable por lo menos aceptable.

La mayoría de los niños son excelentes pacientes pero su comportamiento en el consultorio es muy variable, pudiendo observarse diferentes manifestaciones tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso temerosos y aprensivos.

En la atención de los niños aunque sean de la misma edad, no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de salud del paciente, las condiciones socioculturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

El desarrollo de este trabajo permite conocer un poco más acerca de los niños con el propósito de emplear la ludoterapia para manejar las reacciones



emocionales comunes de la infancia. Se hace mención acerca del desarrollo emocional y la forma de expresión la cual cambia con la edad, madurez, interés y escala de valores que cada niño posee.

También se explica la ludoterapia, concepto de juego y su evolución a lo largo de la historia, las teorías de terapia de juego, funciones, aplicaciones y beneficios que se pueden obtener en las diferentes áreas de desarrollo: sensorial, psicomotor, cognitivo, afectivo y social.

Para concluir se expone la ludoterapia en el consultorio dental donde se toma en cuenta como se debe ambientar todo el consultorio desde la entrada, la sala de espera y por supuesto la sala operatoria para lograr que los pacientes estén cómodos y se relajen mientras esperan su consulta o una vez que están en ella.

Otro aspecto importante a considerar es la actitud del odontólogo para trabajar con niños así como la forma de vestir tanto del C.D. como de su asistente, la manera de educar a sus pacientes y a los padres, lo que les debe explicar para lograr tranquilizar y transmitir energía positiva y calma a sus hijos. Incluso pequeños cambios utilizando el Feng Shui que se pueden realizar en el consultorio dental con buenos resultados tanto para el personal que ahí labora como para los pacientes y padres.



1. DESARROLLO EMOCIONAL INFANTIL

En primer lugar se describen las reacciones y emociones más frecuentes en los niños, así como las características de cada una de ellas. En el desarrollo de la personalidad del infante existen paralelamente la aparición, maduración y control de los estados emocionales y sus manifestaciones.

En la infancia, el desarrollo de las emociones da sentido y significado a actividades vitales, sirve de motivación y referencia. De igual forma que con otras conductas, aquellas emociones que se experimentan con mayor frecuencia se transforman en una actitud frente a la vida. Como es lógico, el niño está expuesto a emociones agradables y desagradables, que lo harán sentirse satisfecho o insatisfecho. Por lo general, las personas que tienen recuerdos gratos de su infancia, se adaptan mejor como adolescentes y adultos que en el caso contrario.

Durante el periodo neonatal se pueden observar posibles reacciones de placer: cuando es arrullado o acariciado (fig. 1), así como de desagrado: provocadas por movimientos bruscos, ruidos intensos, inmovilizaciones, etc.



Figura 1. ¹

Antes que el niño cumpla su primer año de vida, el adulto ya reconoce varias formas que posee el niño para expresar sus emociones, tales como:

¹ <http://www.cuidadoinfantil.net/>



alegría, enojo, miedo; seguidas de reacciones que requiere mayor desarrollo intelectual como son: felicidad, curiosidad, envidia, ansiedad, celos, etc.

Con el paso del tiempo las emociones se manifiestan de forma más específica por ejemplo: al principio el disgusto lo expresan llorando o gritando, con la edad existen otras manifestaciones agregadas como: resistencia, arrojar cosas, ponerse rígido, etc.; además en la medida que desarrollan el lenguaje van agregando verbalizaciones, disminuyendo respuestas motoras, la conducta emocional es más directa, menos casual y más caótica.

Los cambios en la expresión de emociones tienen su base en la maduración del niño y el aprendizaje que lleva a cabo. El desarrollo intelectual le permite percibir significado en circunstancias que antes no tenían, el desarrollo de la imaginación y la comprensión, mayor capacidad de recordar y asociar, la facultad de manejar pensamientos abstractos y con ello anticipar acontecimientos.

La conducta emocional provoca respuestas en el entorno social del infante, algunas serán aceptadas, otras reprimidas y otras más limitadas. En cualquier caso el niño se adapta a las formas de expresión de emociones aceptables para el grupo social al que pertenece.

La escuela de rehabilitación conductual propone que con frecuencia las conductas de los niños son respuestas aprendidas moldeadas por el ambiente; la conducta puede modificarse por castigo o recompensa, con modelamiento y reforzamiento positivo y negativo, los cuales tiene efectos poderosos. La teoría general de sistemas informa que las personas no están aisladas y que los niños se ven afectados por los grupos en los que viven y viceversa.²

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES EN LOS NIÑOS

² Tapia, T. "La Terapia de Juego en Niños con Maltrato Físico" Tesis de licenciatura, UNAM, 2003, págs. 154 Y 155.



Para lograr una adecuada interpretación de la calidad y significado de la emoción infantil, es necesario conocer determinados rasgos que la caracterizan, los cuales a continuación se mencionan: ³

- ❖ Brevedad.- Normalmente las emociones de los niños son de corta duración, terminando bruscamente si se les distrae. Para el niño es la forma de desahogarse, pero en la medida que reconoce la restricción impuesta por la sociedad, refrena la manifestación y se producen estados de ánimo más duraderos, en vez de crisis bruscas y cortas.
- ❖ Intensidad.- En los niños las crisis son de una intensidad que rara vez se aprecia en el adulto, careciendo de proporción entre el estímulo y la respuesta, por lo que a veces sorprende a los adultos (fig. 2).



Figura 2. ⁴

- ❖ Transitoriedad.- Se presentan cambios rápidos de un estado a otro completamente opuesto (crisis de llanto y risa aún con los ojos llenos de lágrimas).
- ❖ Frecuencia.- Si la emoción está presente en casi todas las actividades, no siempre se exteriorizan pues el niño ha aprendido que las crisis conllevan alguna forma de castigo, es por eso que las controlan. Los niños más pequeños reaccionan inicialmente todas las veces posibles.

³ Escobar, F. Odontología Pediátrica, 2ª ed, Ed. AMOLCA, Venezuela, 2004, págs. 23 y 24.

⁴ <http://estaticos02.cache.el-mundo.net/>



- ❖ Visibilidad.- A diferencia de los adultos que han aprendido a ocultar sus emociones, la emotividad del niño se manifiesta visiblemente en la atención, inquietud, movimientos constantes, sueños, dificultades de lenguaje, enuresis,* llanto, obstinación, entre otras.

El niño pequeño si desea algo, lo quiere inmediatamente sin importar su valor o significado, si es peligroso para él o para otros, si no lo obtiene se enfada y lo expresa a través del llanto o pataleo. Si se asusta: llora, grita, se esconde o corre. Si está contento ríe o bailotea, aunque otros puedan pensar que se regocija de la desgracia ajena. Los padres y la sociedad enseñan a los niños a adoptar formas socialmente aceptables de conducta y control de expresión emocional.

1.2 FORMAS EMOCIONALES COMUNES EN LA INFANCIA

Las circunstancias que inducen reacciones emocionales son cada vez más complejas en el progreso del desarrollo psicológico, desde aquellas tan primitivas que parecen ser genéticas, a otras elaboradas por el individuo y con múltiples contactos con el ambiente. A continuación se mencionan las más relevantes para el odontólogo con el propósito de señalar la oportunidad que tiene para disminuir, estimular o modificar su expresión.

1.2.1 MIEDO

Para Trianes (2002) “Miedo se define como una emoción normal en respuesta a un estímulo o situación que un niño percibe como amenazadora, y acerca del cual desarrolla temor.”

La infancia esta protegida del miedo – estímulo, estimulación que empieza a aumentar a partir del primer año. Los temores pueden ser racionales o irracionales, en cualquier forma su fundamento se establece en la experiencia del

* Es una eliminación involuntaria de orina en los niños mayores de 4 ó 5 años de edad que generalmente se presenta durante la noche.



niño; la mayoría de ellos aprenden de diversas maneras, aunque se piensa que ocurre por asociación directa de experiencias que de forma natural producen miedo, como ruidos fuertes (pieza de mano) y movimientos bruscos.

Otro mecanismo es imitación del miedo adulto, de hermanos mayores y compañeros de juego. Las experiencias pasadas desagradables representan otra causa de miedo: médicos, odontólogos, hospitales, animales y gente extraña. Por último el miedo puede originarse en situaciones experimentadas a través de cine, televisión o narraciones, aunque el estímulo no sea experimentado por el niño, esto debido a su capacidad de imaginar lo que sienten los demás.⁵

El odontólogo debe reconocer que la respuesta del niño al miedo – estímulo puede variar debido a la condición de este en el momento de la consulta dental: cansancio, inseguridad, enfermedad, tranquilidad, entre otras.

Con el propósito de facilitar la comprensión del paciente pediátrico se resume en seguida la evolución de los temores de acuerdo a la edad:⁶

- Primera infancia. Este grupo de pequeños le temen a ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, lugares y objetos extraños, soledad, dolor, etc.
- Preescolares. Periodo máximo de temores específicos: médicos, odontólogos, policías, fantasmas, esqueletos, (estos últimos por el progreso de la capacidad de imaginar).
- Periodo preescolar tardío. En esta etapa les aterra la oscuridad, quedarse solos, lo imaginario y sobrenatural.
- Periodo escolar. Además del miedo a lo imaginario, existe el temor a los elementos o fenómenos naturales (rayos, truenos, tempestad, etc.), daño corporal, al ridículo, fracaso, pérdida de imagen y deterioro de la autoestima.

⁵ Escobar, F. Op. cit. pág. 24.

⁶ Ibídem, págs. 24 y 25.

Los estímulos productores de miedo son bastantes típicos y el odontólogo puede concluir que muchas de sus actividades pueden estar incluidas y a veces es posible disminuir su capacidad de producir miedo al restarle intensidad. Por ejemplo: el estímulo súbito produce miedo y disminuirá su intensidad si se explica lo que se va a realizar (fig. 3).



Figura 3.⁷

Otra característica del miedo - estímulo es que sea novedoso y extraño, lo que se aconseja es presentar a los niños los elementos de la consulta, aparatos e instrumentos. Se ha observado que el miedo a los odontólogos disminuye en medida que el paciente se familiariza con las acciones del profesional.

La forma en como responde al miedo depende del desarrollo emocional del niño implicando la percepción, expresión y control de emociones. En niños menores de 3 años la respuesta es el llanto a través del cual pide ayuda, se esconde, oculta la cara y se aparta de lo que puede estar provocando dicha respuesta ya sea gateando, andando o escondiéndose tras una persona u objeto hasta que el peligro pasa o él lo cree así.

Con la edad puede cesar el llanto exagerado y las actividades motoras masivas, pero se perfeccionan las expresiones faciales a los 3.5 años, el niño se protege diciendo “no” o evitando las cosas que lo atemorizan. Los niños mayores no representan el miedo, sino que se apartan de la situación.

⁷ <http://www.cuidadoinfantil.net/>



1.2.2 PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD

La preocupación es una forma imaginaria de miedo que no es provocado por un estímulo directo, pudiendo derivar de situaciones imaginarias que pueden representar amenazas a futuro.⁸

La ansiedad es una sensación muy molesta ante un mal indefinido pero inminente a plazo indeterminado, que se compensa con maniobras de ocultamiento como: dormir sin estar cansado (visible durante la consulta odontológica), mantenerse ocupado para no pensar, recurrir a escape mediante fantasías.

La ansiedad como la preocupación obedece a causas más imaginarias que reales, pero con diferencias importantes:

- a) La ansiedad está relacionada con situaciones específicas, representada con un estado emocional inconfortable y generalizado. Por eso se percibe más ansiedad que preocupación ante la perspectiva de ir al dentista.
- b) Responde a un problema subjetivo, la preocupación responde a problemas objetivos. Un niño puede no tener temor a las diversas instancias del tratamiento odontológico, factores objetivos, pero experimenta aún ansiedad, subjetivamente.

Los síntomas más frecuentes de la ansiedad son:⁹

- A nivel Cognitivo – Subjetivo. Miedo, inseguridad, dificultad para decidir, pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar o concentrarse, etc.

⁸ Escobar, F. Op. cit. pág. 26.

⁹ Merín, J. et. al, "Estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención", Ansiedad y estrés, vol. 1: 1995, No. 2 – 3 págs. 113 – 130.



- A nivel Fisiológico. Sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, disnea, sequedad de boca, disfagia, cefalea, mareo, náuseas, etc.
- A nivel Motor. Evitación de situaciones temidas, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos: rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado a otro sin finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.

Las respuestas características ante la ansiedad en sus formas leves pueden reconocerse como depresión, nerviosidad, disgusto, irritabilidad, etc. en sus formas más agudas puede ocultarse tras fachadas menos fáciles de reconocer, entre las cuales se puede describir a un niño fanfarrón y ruidoso, aburrido e incómodo.

1.2.2.1 EXPLICACIONES DE LA ADQUISICIÓN DE ANSIEDAD Y MIEDO DENTAL

Inicialmente se debe considerar que la manipulación de la boca por parte del estomatólogo, despierta en los pacientes diversos grados de aprensiones y ansiedades. No está claro a que se debe la frecuencia del miedo a la atención odontológica en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social (porque los padres comentan que es doloroso ir a consulta odontológica o amenazan a los niños diciendo: si te portas mal te voy a llevar con el dentista para que te inyecte), como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

No es desconocido que Freud asignó a la boca una función primordial en el desarrollo psicosexual de la persona. La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo, provee las primeras sensaciones de seguridad, placer,



.....

satisfacción y éxito, llevando toda esta actividad oral a las primeras percepciones de sí mismo.¹⁰

Lo relevante es comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona oral para el ser humano, de alguna forma en ella se representa y devela la intimidad de cada individuo. Por lo mismo es comprensible la dificultad de exponer esta zona al odontólogo, que en muchos casos es un desconocido y además va a realizar intervenciones que implican alguna forma de agresión. No es tan sólo el daño físico, es la amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo.

Otra razón es que en la mayoría de los casos esta actitud (miedo y ansiedad) es debida a experiencias desagradables con el dentista. Rojas (2004) en Scott y Hirschman señala que los sujetos encuestados reportan que sus experiencias con el odontólogo contribuyen significativamente en la generación de ansiedad dental. Estas personas declaran que la creencia de haber recibido un tratamiento inapropiado y el manejo brusco por parte del profesional, eran los factores que más contribuían al desarrollo de ansiedad frente al tratamiento odontológico (fig. 4).



Figura 4.¹¹

¹⁰ Rojas, G. et. al, "La interacción paciente – dentista, a partir del significado psicológico de la boca". Avances en Odontología, Madrid, Vol. 20:2004, No. 4.



En el mismo artículo se discute la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los procedimientos dolorosos. De este modo, una de las hipótesis que se maneja es que esos pacientes son hipersensibles al dolor en general, sin embargo otros estudios citados por Scott y Hirschman (1982) indican que la baja tolerancia al dolor es específica al tratamiento dental.

Gale (1972) diseñó una escala, la cual le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes. Las aseveraciones que recibieron más puntaje, resultando como las más temidas: la extracción dental (fig. 5), el fresado y una mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente, superando esta última al hecho de sostener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente.



Figura 5.¹²

1.2.3 ESTRÉS

El estrés es “una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”.¹³

El estrés también se puede definir como el proceso que inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento.

¹¹ <http://i167.photobucket.com>

¹² <http://dr.escudero.com>

¹³ Lazarus, S. Estrés y procesos cognitivos, Ed. Martínez Roca, México, 1991, pág. 43.



.....

Cuando la demanda del ambiente es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuales las más importantes

son: ansiedad, ira y depresión.¹⁴

1.2.3.1. TIPOS DE ESTRÉS

A continuación se describe los dos tipos de estrés propuestos por Hans Selye:¹⁵

- ❖ Positivo / Eustrés.- Este tipo de estrés es conveniente, cuando el problema se percibe claramente se interpreta con mayor rapidez y se toma una decisión inmediata, ayuda a soportar situaciones exigentes y a reaccionar frente a las demandas del entorno. Una vez resuelto el problema, el organismo vuelve a su funcionamiento normal.
- ❖ Negativo / Disestrés.- Es un estrés muy prolongado, sin alivio puede tener un efecto dañino en la salud mental, física y espiritual, produce trastornos o enfermedades, disminuye el rendimiento del individuo.

La conducta más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad.

1.2.3.2. SITUACIONES ESTRESANTES INFANTILES

La infancia es un periodo que se caracteriza por el cambio tanto físico como psicológico y durante este, los niños han de hacer frente a los retos de cada etapa, estos retos pueden convertirse en acontecimientos estresantes.

¹⁴ Hernández, R. et. al, Control y manejo del estrés con técnicas cognitivo – conductuales en profesores de primaria y secundaria, Tesis de Licenciatura, UNAM, México, 2004.

¹⁵ Lazarus, S. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud, Ed. Descleé Brouwer, 2000, pág. 44.



En seguida se propone una clasificación en la cual al principio se exponen las situaciones estresantes que suelen ser ordinarias y comunes a todos los niños, para ir descendiendo en la lista conforme los acontecimientos son cada vez menos habituales:¹⁶

- Tareas rutinarias de la vida cotidiana que provocan tensión emocional menor y malestar.
- Actividades asociadas a las etapas del desarrollo (control de esfínteres, exigencias escolares, relaciones con los compañeros, etc.).
- Acontecimientos de corta duración que suelen ser considerados positivos, pero que pueden ser estresantes para los niños (nacimiento de un hermano, cambio de escuela, etc.).
- Acontecimientos negativos que producen dolor y daño pero no amenazan la vida (fractura de un brazo, intervención quirúrgica menor, etc.).
- Alteraciones familiares graves como: separación de los padres.
- Desgracias familiares como: fallecimientos, accidentes, homicidios.
- Desgracias personales como: violencia o maltrato físico, abuso sexual.
- Desgracias catastróficas debidas a desastres naturales.

Esta bien establecido que los varones son más vulnerables al estrés físico, además algunos son más activos, desobedientes, impulsivos y agresivos; sufren por ello más rechazo que las niñas, en cambio ellas en su mayoría, son más propensas a cooperar, ayudar a otros, muestran empatía y pueden ser socializadas de acuerdo a las expectativas y normas adultas con mayor docilidad.

En general los niños de 4 – 6 años siempre que pueden evitan las situaciones estresantes que implican dolor, cuando no pueden porque los padres los obligan (por ejemplo ir al dentista) pondrán en marcha estrategias como emplear imágenes mentales para distraerse.

¹⁶ Trianes, M. Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento, Ed. Nancea, Madrid, 2002, págs. 19 y 20.



En la edad escolar tienden a emplear tanto estrategias de afrontamiento dirigidas a solucionar el problema, como estrategias de evitación. No obstante a diferencia de los más pequeños, a esta edad comienzan a hacer uso de estrategias dirigidas a reducir la emoción negativa que experimentan, como por ejemplo, hablarse a si mismos de forma positiva; también comienzan a emplear estrategias de afrontamiento cognitivas.*

Suelen buscar apoyo en los amigos antes que en los padres incluso hay una disminución en el empleo de estrategia de evitación. Si el odontólogo es capaz de ganarse la confianza del niño, probablemente este le platique sus problemas y lo pueda orientar de forma correcta.

1.2.3.3 EL ESTRÉS EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En todo caso es indudable que para muchas personas la atención dental es una situación estresante. Al respecto es conveniente recordar la distinción entre estrés fisiológico y psicológico, siendo el primero una respuesta orgánica a un daño tisular real (por ejemplo una extracción dental) y el segundo una respuesta a una amenaza simbólica. Sin embargo el estrés psicológico puede connotar consecuencias fisiológicas idénticas a las del estrés fisiológico.

El estrés psicológico implica siempre un problema de anticipación del futuro, la gente se estresa por lo que va a pasar, no tanto por lo que está pasando. Evidentemente ese futuro aparecerá como amenazante para la persona.

Lazarus (1966) diseñó una experiencia en la cual los sujetos eran sometidos a distintos tipos de inyecciones anestésicas, desde unas que consistían en la inyección de anestésicos con vasoconstrictor hasta otras en que sólo se colocaba la jeringa con la aguja dentro de la boca del paciente, sin realizar punción alguna (fig. 6).

* Este tipo de estrategias incluye análisis de problema, elaboración de diferentes soluciones, anticipación de las consecuencias, previsión de los obstáculos, reestructuración mental de la situación para percibirla positivamente, distraerse mentalmente.



Figura 6.¹⁷

Lo interesante es que independientemente de la situación, las personas desarrollaron un patrón semejante de respuestas fisiológicas indicadoras de estrés. Esto demuestra que la respuesta de estrés no es al daño mismo sino a la percepción subjetiva de amenaza. A esto contribuyen dos factores:

1. Tiempo de anticipación.
2. Lo que se piensa o interpreta de la situación estresante.

En general, se ha observado que mientras más tiempo transcurre entre la noticia de exposición al estímulo y la exposición misma, mayor es el nivel de estrés. Por otro lado el nivel de estrés se relaciona directamente con la evaluación cognitiva que haga la persona de la situación en cuestión, es decir, de cómo interpreta el estímulo.¹⁸

Al respecto en un experimento también conducido por Lazarus se identificó que en la observación de una película con fuerte contenido traumático, la reacción de las personas dependía en gran parte de la explicación que se daba del suceso, concluyendo que en la medida que se intelectualizaba o se negaba el sufrimiento de la persona se reducía el nivel de estrés de los observadores de la película.¹⁹

Lo anterior se puede lograr en los padres con circuito cerrado en el consultorio, televisor a blanco y negro (para que no distingan la presencia de

¹⁷ [http:// us.123rf.com](http://us.123rf.com)

¹⁸ Lazarus, S. "Some principles of Psychological Stress and their relation to dentistry". J. Dent. Res. Vol. 45:1966, págs. 1620-6.

¹⁹ Ibídem.



.....

sangre durante los procedimientos, por ejemplo en una pulpotomía), sin sonido (para evitar que escuchen a su hijo llorando) proporciona la impresión de que el niño se esta portando excelente.

Por todo lo anterior es interesante señalar que el desarrollo de estrés depende en gran parte de las características del individuo, principalmente de las ideas que despliega en el afrontamiento de la situación agresiva.

1.2.3.4. ESTILOS MÁS COMUNES DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

De acuerdo a los síntomas de estrés, las personas actúan de diferente manera para tratar de amortiguarlo. A esta forma de actuar se le ha llamado “estrategias de afrontamiento”.

“... el afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.²⁰

El proceso de afrontamiento al estrés es resultado de acciones que realiza cada persona desde su infancia y a lo largo de su vida, comúnmente; primero se evalúa la situación (evaluación primaria), si la situación es evaluada como irrelevante el proceso acaba. Pero si es evaluada como una amenaza o una pérdida, el proceso continúa teniendo lugar la evaluación de los recursos disponibles para hacer frente a la situación (evaluación secundaria).

Esta segunda evaluación esta determinada por experiencias previas, situaciones similares, creencias generalizadas a cerca de uno mismo y del ambiente, capacidades personales como habilidades de interrelación y capacidad de solucionar problemas; en cuanto al ambiente: la disponibilidad de amigos, dinero, tiempo, etc.

²⁰ Lazarus, S. Estrés y procesos cognitivos. pág. 164.



Este afrontamiento puede presentarse en forma de:²¹

1. Pensamiento. Cotidianamente la mayoría de las personas se hablan a si mismas utilizando un lenguaje interno, con el cual evalúan sus acciones y la de los demás .
2. Reacción – Acción. La forma en que las personas perciben y evalúan cada situación afecta su estado de ánimo y su comportamiento. Si perciben una situación como amenazante, su conducta será defensiva; si perciben un medio ambiente agradable, su conducta será de cooperación y adaptación.

Las personas reaccionan con cambios emocionales. Un tipo de reacción emocional puede ser el temor, este puede mantener en estado de alerta a la persona.

Los individuos se pueden apoyar en sus emociones (incluso las negativas) como sentimientos motivantes, o en un grado óptimo de ansiedad que conduzca al logro de metas y facilite su capacidad para pensar y planificar.

1.2.4 IRA

La reacción constituye en la infancia una respuesta emocional más frecuente que el temor, tal vez por el pronto descubrimiento que la ira constituye un excelente modo de llamar la atención y satisfacer deseos.

En general las situaciones que provocan ira en los niños son aquellas que contienen un elemento de sujeción temporal, de esta manera puede provocar furia la interferencia de movimiento por terceros (como el uso de la red), aún en niños de meses se puede provocar esta reacción; el bloqueo de actividades en progreso, impedimento de planes, deseos, propósitos del niño e irritaciones acumuladas son causa frecuente de este tipo de emoción.

²¹ Domínguez, T. et. al. Manual para el taller teórico – practico. Manejo del estrés, Ed. Plaza y Valdés, México, 2002, págs. 23 y 24.



En la primera infancia, los niños responden con explosiones de furia si se les atrapan ambas manos, puede parecer exagerado que se ponga rojo de indignación ante algo tan trivial, excepto al recordar que en esta etapa la principal tarea del desarrollo es la coordinación muscular y es esta la que está siendo restringida. Los niños escolares además agregan motivos propios de orgullo herido o sentimientos atropellados.²²

El profesional no debe realizar comparaciones entre los pacientes que se portan mejor o peor que otros porque podría resultar en un alejamiento de la colaboración por parte del niño y en todo caso una barrera para la comprensión mutua lo cual dificultaría el tratamiento odontológico.

Las respuestas a los estímulos de ira son típicas en determinadas épocas. A los pocos meses de edad las respuestas son causales y difusas: llora, grita, patalea y retuerce todo el cuerpo. Las explosiones son violentas y breves.

El paciente preescolar y escolar es más destructivo, la duración de la pataleta es mayor, además de violenta y destructiva, no vacilando en dar golpes, patadas o mordiscos. Si no puede alcanzar a la persona identificada como responsable añade elementos como tirarse al suelo o contener la respiración. Tiempo después puede agregar expresiones verbales que posteriormente reemplazará a las respuestas motoras.

Los niños mayores siguen peleándose, dando patadas, gritando o haciéndose los rudos con los más pequeños, pero poco a poco van intercalando respuestas con mejor aceptación social. Pueden castigar con indiferencia, silencio y descargar su furia en objetos. Otros manifiestan su emoción sintiéndose heridos, haciéndose las víctimas, con autocompasión, amenazando con irse o infligiéndose dolor físico.

1.2.5 CARIÑO

²² Escobar, F. Op. cit. pág. 26.



Es una relación emocional dirigida hacia una persona, animal o cosa, indicando consideración especial, amistad y deseo de ayudar. En el niño pequeño el cariño aparece espontáneamente provocado por un mismo estímulo social.²³

Existe cierta estructura en los estímulos que producen cariño. Hasta los 5 meses el cariño es indiscriminado hacia cualquier persona que demuestre afecto. A partir de los 7 meses se comporta cariñoso con sus familiares y con algún miedo a extraños. Durante los 2 años se incluye a sí mismo, a sus juguetes y otras posesiones. Hacia los 4 años, la independencia en formación permite establecer relaciones de cariño con otros, considerados como amigos.

Existen diferentes relaciones con los distintos miembros de la familia, el niño es egocéntrico y en general, sentirá más afecto por aquellos que le den más, le expresen cariño, le acompañan más tiempo o le castigan menos. El odontólogo se debe mostrar agradable, amigable y comprensivo para poder ganar su confianza (fig. 7).



Figura 7.²⁴

Lo más importante es que los niños necesitan afecto en forma apropiada a su fase de desarrollo y el odontopediatra debe conocer cuales son:²⁵

²³ Ibídem, pág. 27.

²⁴ <http://www.controlodontologico.com>

²⁵ Escobar, F. Op. cit. pág. 28.



- El niño de 1.5 años puede aceptar cariño explícito siempre y cuando este sea legítimo.
- Niño de 4 – 5 años. La demostración de interés por las actividades, vestimenta y posiciones es deseable para un ser que esta en el proceso de individualización y que quiere sea reconocido su derecho a ser persona aparte.
- Mayor de 6 años. No acepta las expresiones exageradas de cariño, incluso en su vocabulario expresa su cariño sobriamente. Más bien busca aprobación a su manera de actuar, ya que el elogio es un estímulo necesario para quien esta en el proceso de hacer las cosas por sí mismo.

El profesional puede hacer comentarios tales como: ¡Te estas portando muy bien!, ¡Me estas ayudando mucho!, ¡Eres el mejor paciente que tengo!, ¡Que bonitos zapatos!, ¡Que guapo luces hoy!, etc.

1.2.6 HIPEREMOTIVIDAD

Es un aumento de la frecuencia e intensidad de las expresiones emocionales. En situación normal el adulto tiene la vida del color de la indiferencia, por un sentimiento casi imperceptible de satisfacción, de preocupación o de aburrimiento, lo que podría denominarse equilibrio. El niño alcanza con menos frecuencia esta condición por tener demasiadas motivaciones nuevas, internas y externas, en ocasiones por causas físicas como enfermedades, fatiga, etc.; por causas psicológicas como aumento de inteligencia, adaptación ambiental y otras.²⁶

El papel del odontólogo es muy claro, ya que por naturaleza del ambiente y episodios de su accionar clínico puede ser señalado como agente causal; en consecuencia debería evitar verse involucrado emocionalmente y más bien adecuar sus acciones de tal modo que permita al niño adaptarse, esta es la forma

²⁶ Ibídem.



.....

que asume el desarrollo de la expresión emocional, lo cual no significa evitar la ocurrencia de la emoción o negarla sino canalizarla funcionalmente.

2. LUDOTERAPIA

2.1 ANTECEDENTES DE JUEGO

Antes de hablar de ludoterapia, se proporciona una reseña sobre como se ha definido a lo largo de la historia la palabra juego y como con el paso del tiempo se ha enriquecido a consecuencia de la revisión de previos estudios. Para los griegos significaba hacer chiquilladas, para los hebreos: concepto de broma o de risa, para los romanos: ludo era alegría, para los germanos: algo ligero, suave.

Spencer (1820 - 1903) lo define como actividad que se desarrolla por las satisfacciones inmediatas que de ella derivan, sin prestar mayor atención a los beneficios posteriores que de ella pueden obtenerse. Un excedente de energía y una dramatización de la actividad del adulto.

Para Huizinga (1872 - 1945) el juego es una acción u ocupación libre que se desarrolla dentro de sus límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias aunque libremente expresadas. Acción que tiene su fin en si misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría de la conciencia de “ser de otro modo”, al de la vida corriente.

Sin embargo la psicoterapia de los niños fue intentada primero por Freud (1909) para tratar de aliviar la reacción fóbica de su paciente Hans; pero el juego no se usó directamente en la terapia infantil hasta 1919 por Hug-Hellmuth.¹

Melanie Klein (1932) utiliza el juego como sustituto de la verbalización, ya que es la forma de comunicarse del niño.

Díaz (2000) menciona que Anna Freud y Melanie Klein se basaron en los principios psicoanalíticos de Sigmund Freud quien trabajó principalmente con adultos y tanto Anna como Melanie se dieron cuenta que mientras los adultos

¹ Schaefer, C. Manual de Terapia de Juego, Ed. Manual Moderno, vol. I, México, 1997.

utilizaban el lenguaje para la asociación libre y para contar sus problemas, el juego parece cumplir una función semejante en los niños.

En 1938 Solomon desarrolló una técnica llamada “Terapia de juego activa” para usarla con niños impulsivos (acting-out). Solomon veía que esto ayudaba al chico a expresar su ira y temor a través del juego (efecto abreactivo).²

Aportaciones posteriores provienen de Erikson (1963) quien afirma que los niños progresan a través de niveles inherentes de desarrollo y fórmula las siguientes etapas:³

- ✓ Crisis de la infancia (0 – 1 año). Confianza vs. Desconfianza: El bebé decide si confía o no en el mundo que lo rodea.
- ✓ Crisis del que empieza a caminar (1 – 2 años). Autonomía vs. Vergüenza y Duda: El niño lucha por realizar más cosas de forma independiente, pero si el adulto no estimula los esfuerzos para conseguir esos logros, el niño se siente avergonzado y duda de sus capacidades.
- ✓ Crisis de la infancia temprana (2 – 6 años). Iniciativa vs. Culpa: la iniciativa suma a la autonomía la búsqueda de tareas por el propio deseo y con ello el descubrimiento de que algunas están prohibidas, por eso el conflicto entre lo que se desea y se puede o no, hacer.
- ✓ Crisis de la edad escolar (6 - 12 años). Productividad vs. Inferioridad: el juego ha satisfecho al niño pero ahora desea hacer trabajo productivo, el cual es comparado con otros en sentido de competitividad obteniendo como resultado sentimientos de inferioridad.

² *Ibidem*, pág. 6.

³ Escobar, F. Op. cit. págs. 19 – 22.

- ✓ Crisis de la adolescencia. Identidad vs. Confusión: El desarrollo de una identidad provee una base sólida para la vida adulta.

El desarrollo infantil abarca más que los cambios físicos del niño. Consiste en un despliegue secuencial de diferentes capacidades. Piaget postuló que: ⁴

- Todos los niños pasan por la misma secuencia de etapas cognoscitivas.
- Los niños no pueden acceder a un nivel superior mientras no lleguen a dominar las experiencias de la etapa previa.

Cada etapa se constituye sobre la anterior, así cuando un niño se encuentra bajo tensión y es incapaz de manejar la situación, retorna a la etapa previa, proceso conocido como “regresión” desde el cual volverá a crecer.

Otra definición de juego es: “Actividad de movimiento, espontánea, natural, sin aprendizaje previo que brota de la vida misma. Necesidad vital, una función propia de los seres vivientes, cuyo origen son una serie de impulsos que se van desarrollando gradualmente hasta adquirir una forma determinada por influencia del medio circundante” ⁵

Erikson (1982) comenta: El juego es una función del Yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. El juego tiene una función de comunicación, a través de el se ayuda a los niños a expresarse y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales, conflictos ó traumas. Y además promover el crecimiento y el desarrollo integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada.

Por otro lado Elkonin (1985) conceptualiza al juego como: Acción humana que no requiere trabajo arduo el cual proporciona alegría y satisfacción.

⁴ Cameron, A. Et. al, Manual de Odontología pediátrica, Ed. Harcourt, Madrid, 1997, pág. 21.

⁵ Fingermann, El juego y sus proyecciones sociales, Ed. El Ateneo, Buenos aires, 1970, pág. 4.

West (2000) explica: El juego es la manera en que los niños someten a prueba al mundo y aprenden sobre el. Es la forma de autoterapia del niño mediante la cual con frecuencia se llega al centro de las confusiones, ansiedades y conflictos. A través de la seguridad que brinda el juego, los niños pueden someter a prueba sus propias y nuevas formas de ser. El juego desempeña una función vital para el niño. Es más que una actividad frívola, despreocupada y placentera que los adultos en general consideran.

Se menciona además que es un preludio de la vida seria. Juego y seriedad no son dos conceptos opuestos, el juego es una actividad tan seria como cualquier ocupación lucrativa, con la diferencia que no se puede valorizar económicamente y es el comienzo de las futuras actividades.

Y aunque existen personas que piensan que el juego es una actividad desinteresada y se juega solo por jugar, es decir nada serio, basta con solo observar cuando los niños juegan, la seriedad y el entusiasmo con que desempeñan dicha actividad. El niño toma al juego muy en serio aunque sabe perfectamente que todo es ficticio, pero vive y goza emocionalmente en ese nido ilusorio creado desde su fantasía.

Cada grupo de niños contribuye así una verdadera sociedad infantil, tiene su organización, conserva las reglas del juego, dispone de sus canciones, sus ceremonias y ritos los cuales todos practican.

Algunos otros conceptos de juego son de Rodolfo Senté quien concebía al juego como: una necesidad de ejercicio muscular, afectividad positiva, imitación, adaptación del ambiente, intelectualidad infantil. Es decir, un preejercicio en el desarrollo de las aptitudes que posteriormente se van a emplear.⁶

⁶ León, M. El juego como facilitador de las habilidades sociales en los niños de edad escolar de 6 – 8 años de edad, Tesis de licenciatura, Universidad Salesiana, UNAM, 2007.

El juego en cada niño evoluciona y cambia a medida que el niño madura y adquiere experiencia así como destreza, también varía de acuerdo a la edad, el ambiente familiar, grupo cultural, etc. (fig. 8 y 9).



Figura 8. ⁷



Figura 9. ⁸

2.2 EL JUEGO COMO TERAPIA O LUDOTERAPIA

El juego brinda oportunidades de crecimiento físico, emocional, cognoscitivo y social, con frecuencia es placentero, espontáneo y creativo. Puede reducir eventos atemorizantes y traumáticos; es posible que permita descargar la ansiedad y tensión; puede ayudar a la relajación y diversión. A través del juego, los niños aprenden acerca del mundo y de las relaciones humanas; ofrece la oportunidad de ensayar, someter a prueba a la realidad, explorar roles y emociones. El juego capacita al niño para expresar la agresión y los sentimientos ocultos, y puede ser un puente entre la fantasía y la realidad. ⁹

No obstante, la terapia de juego tuvo un desarrollo importante a partir del trabajo de Carl Rogers (1951) y Virginia Axline (1969). La terapia de juego proviene de la escuela humanística y en esencia está centrada en el niño.

Carl Rogers (1902 - 1987) se vio atraído por la noción que los individuos dentro de sí tienen la capacidad de sobreponerse o crecer a través de sus conflictos internos desarrollando la escuela "Terapia no directiva" ahora "Terapia centrada en la persona".

⁷ <http://bligoo.com>

⁸ <http://imagenes.google.es>

⁹ West, J. Terapia de juego centrada en el niño, 2ª ed, Ed. Manual moderno, México, 2000, pág. 15.

La terapia centrada en la persona acepta que cada individuo posee un impulso innato hacia el crecimiento y autorrealización,^ψ es de valor inherente, único y tiene un núcleo digno de confianza.

Para Axline (1969) la terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio de autoexpresión que utiliza el niño, una oportunidad vital para que pueda expresar sus sentimientos y temores. En el juego, los niños abarcan lo misterioso, lo brillante y lo práctico de la vida cotidiana.

La terapia de juego puede ser:¹⁰

- Directiva.- El terapeuta asume la responsabilidad, en este tipo de ludoterapia podríamos hacer uso de una higienista o alguna persona que lleve el mando en los juegos de la sala de espera.
- No directiva.- El terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir (solo se dejan los juguetes en el consultorio y es el niño quien elige lo que va a jugar y como lo llevará a cabo).

La terapia de juego es un espacio donde además del autoconocimiento, se promueve el autocontrol, distinguiendo lo externo de lo interno, la realidad de la fantasía.

2.3 TEORÍAS DE LA TERAPIA DE JUEGO

Con el paso del tiempo han surgido diferentes teorías de la terapia de juego las cuales en seguida se describen:

A. Teoría Psicogenética.

^ψ La autorrealización significa que las personas deben tener la oportunidad de darse cuenta por sí mismas que alcanzan su potencial; de desarrollar su autoestima.

¹⁰ Axline, V. Terapia de Juego, Ed. Diana, México, 1996.

Piaget (1896 -1980) considera que el juego tiene importancia significativa en la comprensión de la evaluación del pensamiento del niño, pues el juego es asimilación.

Para Piaget revivir experiencias desagradables aislándolas de su contexto original, permite su asimilación e incorporación, ya que ubicándolas en circunstancias lúdicas, dichos acontecimientos no resultan tan traumáticos y dolorosos, son por tanto manejables.

B. Teoría Psicoanalítica.

La concepción del juego y su importancia en la personalidad del individuo aparece por primera vez con Sigmund Freud proponiendo dos interpretaciones acerca del juego:

1. Los niños repetían en su juego todo aquello que en la vida les había causado una gran impresión, ante lo cual pueden hacerse dueños de la situación.
2. Todo juego se encuentra influido por el deseo dominante de ser grande y hacer lo que los mayores hacen (fig. 10).



Figura 10.¹¹

¹¹ <http://www.kidsenlaweb.com>

El valor catártico del juego consiste en permitirse una válvula de escape para las emociones reprimidas, al efectuar una función reguladora de las tensiones. Resulta innegable este hecho cuando se observan ciertos juegos que reproducen inicialmente escenas desagradables o concluyen en desenlaces satisfactorios y recompensantes para el niño. En otras palabras, a través del juego el niño pone orden en el caos.¹²

El juego en la terapia psicoanalítica infantil, se utiliza como recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, y en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa.¹³

C. Modificación de la Conducta.

Los conductistas llevan a cabo juegos y utilizan juguetes para la estimulación de las áreas afectiva, motora e intelectual, consideran a la actividad lúdica gratificante y por lo tanto proveedora de aprendizaje (fig. 11).



Figura 11.¹⁴

El juego como recurso para el establecimiento de conductas cooperativas sugiere la necesidad que los padres y educadores en general implementen actividades lúdicas más frecuentes y sistemáticas con los niños.¹⁵

¹² Díaz, J. El juego y el juguete en el desarrollo del niño, Ed. Trillas, México, 2000.

¹³ Schaefer, C. Op. cit. pág. 11.

¹⁴ <http://www.estanciahappykinds.com>

¹⁵ Tapia, T. Op. cit. pág. 160.

La planeación de la actividad lúdica es valiosa, demuestra que la recreación estimula eventos como la imaginación, el deseo de correr, saltar, arriesgarse, o bien para afirmarse a sí mismo y ante los demás. Esta posibilidad es la que permite al infante enriquecerse en todas las áreas.

D. Teoría de Juego Cognoscitivo – Conductual.

Fundamentada en la terapia Conductual y la terapia Cognoscitiva. La terapia Conductual se basa en la teoría de Aprendizaje Social. La terapia Cognoscitiva ayuda a hacer cambios en el pensamiento y las percepciones para así modificar su conducta.

En este tipo de teoría al igual que en odontología pediátrica las técnicas conductuales sugeridas son: desensibilización sistemática,^Y refuerzo positivo, modelamiento, desvanecimiento,^φ etc.

La Terapia de Juego Cognoscitivo – Conductual (TJCC) utiliza actividades de juego, comunicación verbal y no verbal, enfatiza y motiva la participación del niño al entrecruzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta.

E. Teoría de Aprendizaje Social.

Por el evidente deseo del niño de integrarse al mundo apoyándose en la imitación, es conveniente cuidar el manejo de los modelos a los que se liga emocionalmente, pues es obligación de los adultos vigilar que los niños vivan, jueguen y actúen en forma saludable, creativa y emprendedora. Bandura (1969) demuestra que gran parte de la actividad lúdica infantil esta referida a las actividades de los adultos.

F. Teoría Gestalt.

^Y Reducir la ansiedad presentando primero un objeto que evoque poco temor e ir introduciendo progresivamente estímulos que provoque más temor.

^φ Proporcionar medios externos para promover un comportamiento positivo.

Modalidad que se interesa en el funcionamiento saludable del organismo total (sentidos, cuerpo, emociones e intelecto), puede ayudar al paciente a volverse más conciente de lo que esta realizando.¹⁶

Se crea un ambiente seguro en el que el niño puede participar, suministra actividades y experiencias para ayudarlo a renovar y fortalecer aquellos aspectos de sí mismo que han sido reprimidos, restringidos y tal vez perdidos.

En la autorregulación los niños que se relacionan ante la disfunción familiar, el trauma, la crisis y la pérdida están en eterna búsqueda de salud, su impulso hacia el crecimiento y la vida, haciendo cualquier cosa por satisfacer sus necesidades.

G. Teoría Centrada en el Cliente.

Se enfoca en la creencia que existe una poderosa fuerza dentro de cada individuo que lucha continuamente por alcanzar la autorrealización. Es un impulso hacia la madurez, independencia y autodirección. Para lograr la autorrealización, el individuo necesita “permiso para ser él mismo” con “la completa aceptación de sí, por él mismo y los demás”.¹⁷

H. Terapia de Juego Familiar.

Técnica en la cual se combinan los elementos de la terapia de Juego y terapia Familiar con los métodos de educación para adultos.

Este tipo de terapia no se somete a una técnica específica que pueda ir o no de acuerdo a una familia en particular y sus problemas. Sirve para sacar a las familias de ciclos recurrentes de fracasos y temores respecto al cambio.¹⁸

¹⁶ Ibídem, pág.162.

¹⁷ Axline, V. Op. cit. pág. 19.

¹⁸ Shaefer, C. Op. cit. pág. 4.

I. Terapia de Juego Adleriana.

Es un enfoque para el trabajo con niños problemáticos, basada en la integración de conceptos de Psicología Individual de Alfred Adler con los métodos de terapia de juego.

Alfred Adler (1870 – 1937) elabora una teoría basada en la idea de que las personas son preactivas, creativas y únicas. Según los principios de la psicología adleriana, cuando los individuos nacen, tiene una predisposición a desarrollar un interés social: un sentido de la conectividad con otras personas. En la medida en que un individuo crece y madura, comienza a conformar un estilo de vida, basada en la interpretación subjetiva de sí mismo, acerca de cómo puede pertenecer y obtener significación en las relaciones con otras personas.

J. Teoría de Juego Ecosistémica.

Este modelo no sólo se concentra en el funcionamiento del paciente infantil, sino también en la optimización de su funcionamiento en el contexto de su ecosistema o mundo.

Se conceptúa la experiencia de cada individuo como única y como resultado del impacto e interacción de todos los sistemas dentro de los que se halla inserta la persona.

2.4 FUNCIONES DE LA LUDOTERAPIA

Las principales funciones de la terapia de juego son: ¹⁹

BIOLÓGICAS.

- ✓ Aprender habilidades básicas.
- ✓ Relajarse, liberar energía excesiva. (fig. 12)
- ✓ Estimulación cinestésica^{*}, ejercicios.



Figura 12.⁴²

INTRAPERSONALES.

- ✓ Deseo de funcionar.
- ✓ Dominio de situaciones.
- ✓ Exploración.
- ✓ Iniciativa.
- ✓ Comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo.
- ✓ Desarrollo cognitivo.
- ✓ Dominio de conflictos.
- ✓ Satisfacción de simbolismos y deseos.

INTERPERSONALES.

- ✓ Desarrollo de habilidades sociales.
- ✓ Separación – individualización.

SOCIOCULTURALES.

¹⁹ Ibídem.

^{*} Percepción del equilibrio y de la posición de las partes del cuerpo.

²⁰ <http://www.terapiainfantil.com.mx>

- ✓ Imitación de papeles deseados

Es importante tener en cuenta que cada edad tiene una forma de jugar, de ver el mundo y de cómo se integra el mundo a el niño.

2.5 APLICACIONES DE LA LUDOTERAPIA

Algunos usos de la terapia de juego son:

- Provocar una situación en la que la ansiedad pueda confrontarse y penetrarse. Schaefer y O' Connor (1999) sostienen la hipótesis de que "monopolio" facilita que los jugadores lidien con la ansiedad provocada por sentimientos de pobreza y desamparo, por ello obtienen dominio sobre tales sentimientos.
- Ofrece al jugador la oportunidad de aprender a enfrentar las "reglas del juego" como una analogía de vivir en forma responsable según normas aceptadas por la sociedad, además de comprender los derechos y privilegios propios en relación con los demás.
- Tiende a crear un clima seguro y permisivo en el que puede experimentarse nuevas conductas. Los patrones conductuales se vuelven más aparentes por el proceso de cómo juegan las personas. Esta autoconciencia aumentada facilita que las personas reconozcan y prueben nuevas conductas y quizá las generalicen en otras situaciones de la vida.
- El uso de los juegos pueden ayudar a que surjan fantasías y en el proceso se puede liberar potencial creativo para la vida y la solución de problemas (fig. 13).



Figura 13.²¹

- Jugar es fundamental para la salud. Saber hacerlo contribuye al bienestar del individuo, como el no saber o estar imposibilitado resulta de un indicio de graves alteraciones de la personalidad; ejecutarlo requiere de espacio, tiempo y condiciones favorables.

- Díaz (2000) en Winnicott valora al juego como una expresión creativa, ocupa a la imaginación como generadora de actos creativos e innovadores.

- El uso de juegos induce a conductas más novedosas, explorar el significado personal de ganar o perder puede ayudar a que la persona aprenda a enfrentarse a la agresividad con habilidad, aceptando retos, siendo criticada, hostilizada o rechazada por los demás.

- Igualmente sostiene que el juego es un acto humano por cuanto es imaginario, libre y creativo. En este sentido, la actividad lúdica no solo es un recurso de equilibrio, sino también de expresión creadora que permite apropiarse de la realidad de una manera más saludable y productiva. Sólo cuando el hombre crea refleja su verdadera personalidad, por lo que hay que enseñarle a hacerlo.

²¹ <http://img.pequesymas.com>

En resumen, en el tratamiento infantil, el juego tiene una función establecida y bien definida. Promueve la relación de trabajo entre el paciente y el C.D. (fig. 14), permite la comunicación de deseos, fantasías y conflictos en una forma que el niño puede tolerar y expresar al nivel de sus capacidades cognitivas.



Figura 14.²²

2.5 BENEFICIOS DEL JUEGO INFANTIL

El juego contribuye al desarrollo de diferentes esferas las cuales en seguida se explican:²³

- Desarrollo sensorial. El niño conoce el mundo a través de los sentidos y percepciones.
- Desarrollo psicomotor. Involucra la motricidad gruesa como coordinación de los movimientos corporales y la motricidad fina como precisión y habilidad manual.
- Desarrollo cognitivo. Conciencia de causa - efecto, expresión, comunicación, atención, memoria, imaginación, creatividad, etc.

²² <http://bioetica.udesarrollo.cl>

²³ León, M. Op. cit.

- Desarrollo afectivo. Expresión espontánea de su personalidad, descarga de tensiones, emociones e incluso favorece la autonomía.
- Desarrollo social. Interpreta normas sociales.

En cierto sentido un niño cuando juega es totalmente libre de determinar sus propias acciones. Sin embargo en otro sentido esa libertad no es más que ilusoria, ya que sus acciones se hayan subordinadas al significado de las cosas y el pequeño se ve obligado a actuar en consecuencia ²⁴ y de acuerdo al grupo social que lo rodea porque es la sociedad quien marca lo que cada individuo debe o no realizar.

²⁴ Vigostsky, L., El desarrollo de los procesos psicológicos superiores, Ed. Crítica, Barcelona 1988.

3. LUDOTERAPIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

Una vez que se han revisado las diferentes definiciones tanto de juego como de terapia de juego así como las aplicaciones y los beneficios, se exponen algunos puntos más afines al consultorio.

Inicialmente se toma en cuenta la opinión de Schaefer y O' Connor (1999) quienes comentan: El juego no sólo es autorrevelador y de naturaleza instructiva, sino también divertido y por tanto automotivador. En los juegos los niños se sienten realmente libres para ser ellos mismos, para divertirse “probando cosas”. El juego y los juguetes son un medio educativo y terapéutico naturalmente atractivo e importante en el desarrollo total del niño.

Tomando en cuenta la opinión anterior los cirujanos dentistas deberían disponer de una higienista, quien en la sala de espera o en el área operatoria muestre a los pacientes y a los padres de estos la forma correcta de cepillar los dientes de sus hijos para poder mantener una saludable sonrisa pero sobre todo una cavidad bucal en adecuadas condiciones (fig. 15).



Figura 15. ¹

¹ <http://www.odontopediatra.com.mx>

Dicha actividad se puede realizar con algún muñeco que sirva para dar la técnica de cepillado, los padres aprenden y después lo llevan a la práctica con ellos mismos y sus niños. Para los niños será un juego y para el profesional la mejor manera de educar a los pacientes (fig. 16).



Figura 16.²

Los fundamentos para incorporar los medios del juego y el juego, al trabajo con los niños se basan en lo siguiente:³

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
2. El niño se siente como “en casa” en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne.
3. Un medio de juegos facilita la comunicación y la expresión. A través del juego es posible sondear el estado de ánimo y las emociones que algún paciente experimenta en relación a su entorno familiar, escolar o social.
4. Un medio de juegos también permite la liberación de sentimientos, frustraciones, ansiedades.

² <http://farm4.static.flickr.com>

³ West, J. Op. cit, pág.15.

5. Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.

6. Un adulto puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en sus juegos, se relaciona con ellos más fácilmente mediante el juego que tratando de inducir discusiones.

Sin olvidar que el primer objetivo que debe alcanzar el especialista, es infundir confianza en el niño la cual se establece mediante la comunicación, esto no solamente permite que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que puede lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento, así como hacer agradable ese primer contacto del cual dependerá el resto del tratamiento.

De ahí la importancia que cuando se trabaja con niños esta labor se debe realizar bajo un ambiente adecuado donde los niños se sientan lo más cómodo posible y no en cuanto nos vean o ingresen al consultorio quieran salir corriendo, esto lo podemos lograr ambientando desde la entrada, la sala de espera (fig. 17 y 18) y por supuesto el área operatoria para niños.

Una pequeña campana adjunta a la puerta activa la mente en un modo de bienvenida y el hermoso sonido de las campanas ayudar a mantener la calma.⁴

⁴ Marks, L. "Finding a place for Feng Shui in the dental practice", Journal of the California Dental Hygienists' Association, Vol. 24 : 2009, No. 2, pag 19.



Figura 17.⁵



Figura 18.⁶

3.1 LUDOTERAPIA EN LA SALA DE ESPERA

⁵ <http://www.odontopediatra.com.mx>
⁶ <http://www.odontopediatra.com.mx>

Es necesario establecer un área adecuada, recreativa, separada del área operatoria, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alienta al niño a separarse de sus padres cuando se incorpora a la sala clínica. Además, permite disminuir la ansiedad en la espera de la consulta (fig. 19).



Figura 19.⁷

Si se dispone de un espacio adecuado en la sala de espera se puede colocar juegos como un tobogán pequeño, una casita de muñecas, una resbaladilla, un futbolito, una alberca de pelotas, mesa y sillas de algunos de los personajes de Walt Disney por ejemplo Mickey Mouse ó en forma de muela, imágenes en la pared de caricaturas que muestren algún acto odontológico; en la mesa se puede colocar libros y colores para iluminar; disponer de juegos para armar lo que la imaginación de cada pequeño le permita, retomando la opinión de Odile Dot (en Díaz 2000) considera que la construcción y destrucción de estructuras realizadas con bloques es un acontecimiento altamente placentero, debido a que el niño disfruta tanto el “hacer” como el “deshacer”, sintiéndose dueño de sus creaciones y del destino que les asigna, así como disponer de alguna máquina de escribir antigua, etc.

Recordando la teoría Gestalt en donde uno de sus objetivos es la expresión de sentimientos. Para ayudar a los niños a expresar sus emociones se

⁷ <http://farm4.static.flickr.com>

utilizan técnicas creativas, expresivas y proyectivas estas incluyen dibujar, pintar, así como el uso de la fantasía y la imaginación, la narración de historias, representación con títeres, la música, la fotografía, etc., muchos de estos medios proporcionan proyecciones a los niños los cuales pueden evocar fuertes sentimientos. Colocar en la sala de espera revistas para niños, tijeras (sin punta) pegamento y hojas blancas para permitirles crear historietas con los dibujos, tener acuarelas e imágenes impresas para pintar e incluso un pizarrón y gises, además de disponer de papel carbón para aquellos niños que les agrada remarcar imágenes. Sin olvidar incluir material para los padres de los pacientes.

Al realizar alguna de las actividades que a los niños les atrae, se relajan y sus niveles de ansiedad disminuyen tomando como una experiencia agradable el ir a consulta en lugar de ser algo desagradable como normalmente lo es y sobre todo para los pequeños.

También se pueden proyectar películas en las cuales se muestra como los personajes animados acuden a cita y las experiencias son agradables, porque un televisor es algo que indiscutiblemente no debe faltar.

3.2 DISMINUIR LA ANSIEDAD EN LOS PADRES DE FAMILIA PARA LOGRAR TRANQUILIDAD EN LOS NIÑOS

Albert Bandura en su Teoría de Aprendizaje Social hace referencia al comportamiento social humano, afirma que se aprende por observación y por imitación en donde la persona adquiere nuevos patrones como resultado de observar a otro individuo ejecutar esas mismas conductas.⁸ Los niños aprenden observando a distintas personas (en especial a sus padres), sus acciones sirven como modelo a seguir. Estos modelos poseen una clasificación y es la siguiente:

⁸ León, Op. Cit.

- Modelo Simbólico: Representado en impresiones como dibujos, puede ser escrito u oral.
- Modelo de la Vida Real: Son las personas que interactúan directamente con ellos como padres, amigos, maestros, parientes, etc. (fig. 20).



Figura 20.⁹

- Modelo Representativo: Transmitido por medios audiovisuales: televisión o cine.

Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afecto tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas.¹⁰ Así observaremos padres manipuladores, sobreprotectores, autoritarios y padres carentes de afecto. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño según sea el caso.

Un aspecto importante que no se debe dejar al olvido es platicar con los padres de familia sobre los procedimientos que se van a realizar en la cavidad oral de sus niños, al saberlo permanecerán más tranquilos. Esta es la oportunidad para que el profesional intervenga y proporcione un ambiente psicológico de seguridad, que permita develar temores y ansiedades propias de la atención dental.

Igualmente hacerles la petición que no hablen con sus hijos sobre experiencias previas que hayan tenido en sus visitas al odontólogo así como no permitir interacciones con otras personas que relatan historias de horror respecto

⁹ <http://deltadent.es/>

¹⁰ Garzón, M. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica, Ed. Disinlimed, C.A., Caracas, 1995.

al tratamiento dental, pues al hacerlo el niño llega temeroso y ansioso a su consulta.

Otra manera de disminuir la ansiedad en los padres es a través del Feng Shui¹¹, el antiguo arte chino de la colocación basado en la creencia de que el espacio, la distancia y la disposición de los objetos puede afectar nuestras emociones y nuestro sentido de bienestar, lo cual ha sido probado por científicos, quienes afirman: un espacio abierto y ordenado, afecta positivamente las emociones de las personas y los sentimientos de bienestar. La utilización del Feng Shui puede incrementar su energía, aumentar la riqueza, cultivar el amor, encontrar la paz interna, mejorar la creatividad, la salud, la reputación y las relaciones familiares.

Es razonable pensar que cuando un consultorio dental crea un ambiente donde se promueve: mente, cuerpo y espíritu, los empleados (doctor, asistente, recepcionista, etc.) trabajan mejor juntos, son más felices y proyectan energía a sus pacientes, además de proporcionar un ambiente cálido y cómodo que es a la vez cuidado y fuente de inspiración. Algunos aspectos a considerar para lograrlo son:¹¹

- Color de las paredes.- Algunos colores como el azul, verde, morado y blanco evocan curación y relajación; otros proporcionan energía positiva y calma como el amarillo, naranja, rojo, canela, marrón y oro.
- Iluminación.- Una iluminación inadecuada actúa como una barrera para el trabajo eficaz y energía positiva, se recomienda no utilizar lámparas fluorescentes.

¹¹ Feng Shui es el arte y la ciencia integral que aporta equilibrio a los espacios interiores y exteriores del lugar de trabajo y el hogar. "Feng" significa "viento" y "Shui" significa "agua". En la cultura china, el viento suave y agua clara han sido siempre asociados con la buena cosecha y buena salud.

¹¹ Marks, Op. cit. pág 19.

- Fuente de agua.- Una característica fuente ayudará a equilibrar la energía. El agua en movimiento es calmante. (fig. 21 y 22)



Figura 21. ¹²



Figura 22. ¹³

- Ventana.- Permitir que la luz de sol entre al consultorio traerá la calma.
- Plantas.- Ayudan en la producción de energía activa y positiva de una habitación y contribuyen a eliminar la energía negativa
- Aromaterapia.- Disponer de difusores de olor agradable o flores frescas para eliminar la energía negativa de la habitación.
- Obra de arte.- Puede agregar energía positiva a una habitación además de reducir el estrés.

3.3 EL PAPEL A DESEMPEÑAR EN LA SALA OPERATORIA Y LA AMBIENTACIÓN QUE DEBE POSEER

Dentro de la sala operatoria tanto el asistente como el odontólogo deben portar ropa estampada o de colores agradables a la vista de los niños. Colocar muñecos sobre el gabinete, tener charolas de colores para el instrumental (fig.23); en el techo, puesto que es la principal vista que va a tener el niño una vez que este en el sillón dental se puede colocar estrellas fluorescentes o súper héroes colgados con hilo transparente como: Superman,

¹² <http://actualidadgadget.com>

¹³ <http://elalmacendeflores.com>

Batman, El Hombre Araña, La Mujer Maravilla, Las Chicas Súper Poderosas, etc. Sin olvidar que nada supera una buena actitud y el gusto por trabajar con niños.



Figura 23. ¹⁴

Gale considera que se debe tener muy en cuenta que la actitud del especialista hacia el paciente condiciona mucho la actitud de este hacia el cuidado de la salud bucal y hacia el dentista, en particular y al respecto señala que una crítica hacia las condiciones de la boca es percibida por el paciente como una crítica a "sí mismo".¹⁵

Es importante tener presente que la primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y tan simple como sea posible, es preferible realizar las operaciones más sencillas como: examen clínico, toma de radiografías, modelos de estudio, modelos de trabajo, etc.; todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental e ir avanzando a las más complejas, a menos que sean necesarios tratamientos de urgencia.¹⁶

Si se presentan problemas para tomar las radiografías una opción es dar a probar al niño una paleta con bajo contenido de azúcar después con un elástico

¹⁴ <http://www.odontopediatra.com.mx>

¹⁵ Gale, Op. cit. pág. 966.

¹⁶ Medina, P. et. al, "Adaptación del niño a la consulta odontológica", Acta odontológica, [Vol. 36: 1998. N° 2.](#)

para ortodoncia fijar la película y proceder a tomarla, otra opción es colocar crema dental infantil de sabor en la superficie lingual de la película, para el niño será más agradable y no la rechazará.

Cuando los padres llevan a su hijo con el odontopediatra, llegan con sentimientos contradictorios. Por un lado lo perciben al igual que en toda profesión médica, como un ser dotado de poderes (reales y fantasiosos) que le permitirán aliviar las dolencias de sus niños y por otro como una figura amenazadora, dado los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos aplicados en la zona bucal.

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir el estado de ansiedad tanto de los padres como de los niños, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente - dentista - padres.

Como primer paso el odontólogo debe considerar la condición psicológica del paciente quien se hace muy dependiente de su dentista en el momento de la atención odontológica y se reeditan las primeras relaciones con figuras de autoridad. El estomatólogo dispone de un poder inmensamente superior al de su paciente cuando este se encuentra en el sillón dental, pues simbólicamente se produce una restitución de la dinámica padre - hijo. Es así como el doctor puede ser percibido como un padre protector ó extremadamente autoritario con gran capacidad de generar miedo o daño.

Después de mostrar en la sala de espera la técnica de cepillado se debe evaluar el nivel de aprendizaje de los pacientes o padres de estos, lo cual se puede realizar pidiendo que realicen la técnica y preguntar ¿en una escala del 1 – 10 que tan bien crees que tu papá cepilla tus dientes? Darle la tableta reveladora y mostrarle en un espejo las zonas que quedaron sucias, el odontólogo creará consciencia en sus pacientes o en sus padres según el caso (fig. 24).



Figura 24.¹⁷

Siempre se debe buscar una alianza de tratamiento, es decir paciente - dentista – padres se deben alinear en un objetivo común, pero a menudo la ansiedad dental es una barrera para tal alianza. Sin embargo el especialista junto con los padres del paciente deben abordar las fuentes de esta ansiedad de manera tal que, más que una interferencia sea una guía para la planificación del tratamiento a seguir, así la tarea de delinear un tratamiento es de común acuerdo, fortaleciendo alianza terapéutica en vez de debilitarse a causa de la ansiedad.

Szasz y Hollender propusieron tres modelos básicos en la relación paciente/dentista;¹⁸

1) Actividad - Pasividad.- El odontólogo le realiza algún procedimiento al paciente, él a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo (fig. 25).

¹⁷ <http://www.coea.es>

¹⁸ Freeman, Ruth. "A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction". British Dental Journal. Vol. 186:1999, N° 10.



Figura 25.¹⁹

2) Guía - Cooperación.- El dentista le dice al paciente lo que va a hacer, señalando este su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo.

3) Participación Mutua. - El profesional le sugiere y negocia con el paciente el tratamiento a realizar (en una relación entre adultos). En esta última modalidad se reconoce el potencial del paciente y comprende que este no es un ignorante respecto al tratamiento que se debe realizar, sino que siempre sabe algo. En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud oral.

Otra parte muy importante es no olvidar obsequiarle un pequeño presente al término de la consulta como refuerzo a su comportamiento, el cual podría estar en el “Baúl de los juguetes” (fig. 26), donde se dispone de diferentes tipos (pelotas, estampas, estrellas adheribles, carritos, pequeñas muñecas, soldados, etc.), el niño escoge el que más sea de su agrado.

¹⁹ <http://1.bt.blogspot.com>



Figura 26.²⁰

Al finalizar la cita en la que se enseña la técnica de cepillado se les puede ofrecer un “Diploma” por la excelente forma de cepillar sus dientes, dicho documento en la parte trasera debe contener las instrucciones para realizar una higiene bucal adecuada, servirá de recordatorio tanto para los padres como para los niños.

²⁰ <http://www.wiki2buy.cl>



CONCLUSIONES

Un niño expresa en todos los sentidos un anhelo, una curiosidad, un gran amor hacia la vida, se deleita con los placeres más simples como lo es el juego. Al niño le encanta crecer y lucha por hacerlo, es a la vez humilde, orgulloso, valiente, miedoso, dominante, sumiso, curioso, satisfecho, deseoso, indiferente, puede estar sumamente feliz o desesperadamente triste. Y la terapia de juego puede describirse como la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento bajo las condiciones más favorables, el infante tiene la posibilidad de liberar todos sus sentimientos acumulados como: ansiedad, miedo, frustración, inseguridad, confusión, etc. y el odontólogo tiene la oportunidad de acercarse y conocer más al niño.

Trabajar con niños es muy diferente a realizarlo con adultos. No hay dos niños iguales aunque sean del mismo sexo ó incluso gemelos. Los niños se están desarrollando y el ritmo de desarrollo es muy variable, por lo tanto, para poder brindar una atención odontológica de calidad es necesario tener conocimientos básicos sobre el desarrollo infantil.

Un profesional que conoce las capacidades de los niños en sus diferentes edades puede aprovechar esa información para comunicarse mejor con el niño y despertar las expectativas adecuadas en cada infante durante el tratamiento odontológico.

Teniendo presente que muchas de las situaciones difíciles de afrontar no se pueden cambiar pero se puede modificar la interpretación que se hace de ellas, es obligación del Cirujano Dentista hacer más amena y aceptable la consulta, pues un buen manejo psicológico del paciente redundará tanto en una mejor calidad y pronóstico del tratamiento, como en una mejor calidad de vida para el odontólogo. Se debe establecer una excelente comunicación con los padres de familia ya que suelen ser las personas que más influyen en la vida del niño. El profesional debe mostrarse tranquilo y confiado para estimular experiencias positivas en sus



pacientes, informar a los padres y a los niños sobre los procedimientos a realizar para lograr que se sientan tranquilos y cómodos en cada una de las citas aunque ya cooperen en un 100%, esto les brinda mayor confianza hacia el profesional y para el odontólogo significa tener un mayor número de pacientes recomendados.

Además de tener un consultorio ambientado para trabajar con niños desde la entrada hasta la sala operatoria, es recomendable darles la bienvenida sin las barreras de protección: cubrebocas, lentes, guantes, etc. para evitar asustarlos de primera instancia.

El cuidado de la salud bucal en los niños es un esfuerzo de tres personas (odontólogo, padres y pacientes), no el trabajo de una persona sobre la otra. Una vez que los padres toman conciencia de ello y aceptan su responsabilidad, se puede hablar de un tratamiento exitoso y completo porque el odontólogo no sólo debe restaurar los órganos dentales dañados sino educar al paciente o en el caso de los niños a sus padres para mantener en óptimas condiciones su cavidad oral.



BIBLIOGRAFÍA

Axline, V. Terapia de Juego, Ed. Diana, México, 1996, 383pp.

Cameron, A. et. al. Manual de Odontología pediátrica, Ed. Harcourt, Madrid, 1997, 368pp.

Dawson, K. "Pediatric Practice Tips", Journal of the California Dental Hygienists' Association, Vol. 23:2007, No.1, pág. 29.

Díaz, J. El juego y el juguete en el desarrollo del niño, Ed. Trillas, México, 2000.

Domínguez, T. et. al. Manual para el taller teórico – práctico. Manejo del estrés, Ed. Plaza y Valdés, México, 2002, 57pp.

Elkonin, D. Psicología del juego, Ed. Aprendizaje Visor, Madrid, 1985, 288pp.

Erikson, E. et. al. Juego y desarrollo, Barcelona, 1982, 157pp.

Escobar, F. Odontología Pediátrica, 2^a ed, Ed. AMOLCA, Venezuela, 2004, 534pp.

Fingermann, El juego y sus proyecciones sociales, Ed. El Ateneo, Buenos aires, 1970, 161pp.



- Freeman, Ruth. "A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction", *British Dental Journal*. Vol. 186:1999, N° 10.
- Gale, E. "Fears of the dental situation", *J. Dent. Res.* Vol. 51:1972, págs. 964-966.
- Garzón, M. *Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica*, Ed. Disinlimed, C.A., Caracas, 1995.
- Hernández, R, et. al, *Control y manejo del estrés con técnicas cognitivo – conductuales en profesores de primaria y secundaria*, Tesis de Licenciatura, UNAM, México, 2004.
- Lazarus, S. *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*, Ed. Descleé Brouwer, 2000, 327 pp.
- Lazarus, S. "Some principles of Psychological Stress and their relation to dentistry", *J. Dent. Res.* Vol. 45:1966, págs.1620 - 1626.
- Lazarus, S. *Estrés y procesos cognitivos*, Ed. Martínez Roca, México, 1991, 468pp.
- León, M. *El juego como facilitador de las habilidades sociales en los niños de edad escolar de 6 – 8 años de edad*, Tesis de licenciatura, Universidad Salesiana, UNAM, 2007.
- Marks, L. "Finding a place for Feng Shui in the dental practice", *Journal of the California Dental Hygienists' Association*, Vol. 24 : 2009, No. 2, págs. 18 – 19.



- Medina, P, et. al. “Adaptación del niño a la consulta odontológica”, *Acta odontológica*, Vol. 36: 1998, Nº 2. www.actaodontologica.com
- Merín, J. et. al. “Estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención”, *Ansiedad y estrés*, Vol. 1: 1995, No. 2 – 3, págs. 113 – 130.
- Rojas, G. et. al. “La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca”, *Avances en Odontoestomatología*, Madrid, Vol.20: 2004, No.4, págs. 185-191.
- Scott, D. y Hirschman, R. "Psychological aspects of dental anxiety in adults", *J. American Dent. Assoc*, Vol. 104: 1982, No.1, págs. 27-31.
- Schaefer, C. *Manual de Terapia de Juego*, Ed. Manual Moderno, Vol. I, México, 1997, 489pp.
- Senté, R. Los juegos infantiles, *Archivos de Pedagogía y Ciencias afines*. Vol. VIII, No. 24.
- Tapia, T. “La Terapia de Juego en Niños con Maltrato Físico”, Tesis de licenciatura, UNAM, 2003, 226pp.
- Trianes, M. *Estrés en la infancia; su prevención y tratamiento*, Ed. Nancea, Madrid, 2002, 211 pp.
- Vigotsky, L. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, Ed. Crítica, Barcelona, 1988.
- West, J. *Terapia de juego centrada en el niño*, 2ª ed, Ed. Manual Moderno, México, 2000, 280pp.