



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ANÁLISIS ASERTIVO DE LAS TÉCNICAS DE
MANEJO DE CONDUCTA EN
ODONTOPEDIATRÍA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

JANET ALVAREZ VEGA

DIRECTOR: MTRO. HÉCTOR ORTEGA HERRERA

MÉXICO D. F.

2006

M 708764



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.

QUEDA PROHIBIDO

Queda prohibido llorar sin aprender,
Levantarte un día sin saber que hacer,
Tener miedo a tus recuerdos.

Queda prohibido no sonreír a los problemas,
No luchar por lo que quieres,
Abandonarlo todo por miedo,
No convertir en realidad tus sueños.

Queda prohibido no hacer las cosas por ti mismo,
No creer en Dios y hacer tu destino,
Tener miedo a la vida y a sus compromisos,
No vivir cada día como si fuera el último suspiro.

Queda prohibido no intentar comprender a las personas,
Pensar que sus vidas valen menos que la tuya,
No saber que cada uno tiene su camino y su dicha.

Queda prohibido no crear tu historia,
Dejar de dar gracias a Dios por tu vida,
No tener un momento para la gente que te necesita,
No comprender que lo que la vida te da,
También te lo quita.

Queda prohibido no buscar tu felicidad,
No vivir tu vida con una actitud positiva,
No pensar en que podemos ser mejores,
No sentir que sin ti, este mundo no sería igual.

Señor concédeme serenidad
Para aceptar las cosas que no puedo cambiar.
Valor para las cosas que si puedo,
Y sobre todo.
Sabiduría para reconocer la diferencia

A Dios

Por ser luz y guía en mi vida

A mis padres

Roberto y Marlen porque son motivo de inspiración, superación, alegría por creer en mí y compartir conmigo la satisfacción de ver culminada esta etapa de mi vida. A quienes debo lo que soy.

A mis hermanos

Roberto, Marlen y Sofia por enseñarme que las cosas valiosas se ganan con fe, lucha y esfuerzo.

A mi familia

Estoy muy agradecida con mis abuelos Nicomedes, María Gracia (+); con mis tíos Bertha, Hilda, Minerva, Patricia, Víctor, Juan y Pepe quienes me motivaron para alcanzar esta meta.

A mis amigos

Edith Barrios, Leonardo Hernández y Yereida por su apoyo para poder lograr este objetivo.

Mi gratitud para el **Doctor Héctor** por su gran calidad humana, quien me ha enseñado a ser asertiva, por sus consejos, su tiempo, dedicación y entusiasmo en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ASERTIVIDAD

1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Definiciones.....	6

2. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

2.1 Conducta pasiva no asertiva	11
2.2 Conducta agresiva	12
2.3 Conducta asertiva.....	13
2.3.1 Derechos asertivos.....	14
2.3.2 Componentes de la conducta asertiva.....	15

3. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA

3.1 Comunicación	19
3.1.1 Análisis asertivo.....	20
3.1.2 Lenguaje pediátrico.....	21
3.1.3 Análisis asertivo.....	23
3.1.4 Decir-Mostrar-Hacer.....	24
3.1.5 Análisis asertivo.....	26
3.1.6 Control de voz.....	27

3.1.7	Análisis asertivo.....	27
3.2	Modificación de la conducta	
3.2.1	Desensibilización.....	28
3.2.2	Análisis asertivo.....	29
3.2.3	Refuerzo.....	30
3.2.4	Análisis asertivo.....	31
3.2.5	Imitación.....	32
3.2.6	Análisis asertivo.....	34
3.3	Técnicas de enfoque físico	
3.3.1	Bloques de mordida.....	37
3.3.2	Análisis asertivo.....	37
3.3.3	Mano sobre boca.....	38
3.3.4	Análisis asertivo.....	40
3.3.5	Aditamentos para restricción de movimiento.....	41
3.3.6	Análisis asertivo.....	41
	CONCLUSIONES.....	42
	BIBLIOGRAFÍA.....	44

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad dar un enfoque asertivo a cada una de las técnicas de manejo de conducta en odontopediatría, con el propósito de tener la cooperación del paciente, pues sin su ayuda no es posible realizar con éxito el tratamiento dental.

En la primera parte se dan a conocer los antecedentes de asertividad y sus diferentes definiciones que han ido surgiendo a través de los años, la asertividad posibilita al individuo relacionarse adecuadamente con las personas en su entorno, el comportamiento asertivo permite actuar, pensar y decir lo que uno cree que es lo más apropiado para sí mismo, defendiendo nuestros derechos o necesidades sin agredir a nadie, ni permitir ser agredido. La asertividad no es sinónimo de egoísmo ni de terquedad, sino el derecho de expresar la opinión de uno, aunque sea posible que no se tenga la razón, y respetando los derechos o puntos de vista de los demás, esto implica ser tolerante, aceptar los errores ya que lo asertivo no está en lo que se hace sino como se hace.

En la segunda parte se muestra el desarrollo y análisis asertivo de cada una de las diferentes técnicas de control de conducta, que se clasifican en técnicas de comunicación, modificación de la conducta y de enfoque físico. Ya que el principal objetivo durante el procedimiento dental es dirigir al niño para que su actitud sea positiva frente a nuestro tratamiento, la mayoría de los niños acepta nuevas experiencias lo que puede atribuirse a distintos factores como la edad del niño, personalidad, atención de los padres y la habilidad del profesional, sin embargo algunos requieren atención especial.

Desde el momento en que el niño entra a la consulta, es necesario no sólo establecer empatía con él sino emplear las técnicas de control adecuadas para disminuir conductas difíciles y problemas de ansiedad, que nos ayude a realizar de manera eficaz el tratamiento en el niño, con ello motivándolo a demostrar una actitud positiva.



1. ASERTIVIDAD

1.1 Antecedentes

En Psicología, el concepto de asertividad surge en los Estados Unidos, en el contexto clínico a finales de la década de 1940 y principios de 1950.¹

Andrew Salter, 1949, en su libro *Conditionated Reflex Therapy* desarrolla el estudio de la conducta asertiva. Describe las primeras formas de entrenamiento asertivo. Wolpe en 1958 desarrolla el concepto de asertividad, que se utiliza con mayor frecuencia.

En la década de los setenta, surge el interés de varios autores por dicho concepto, dando paso a su difusión y desarrollo desde varios enfoques.

HUMANISTA. Se centra en la asertividad como una técnica para lograr la realización del ser humano.

CONDUCTUAL. Desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura, en 1969, se plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de modelos significativos que la presentan.

COGNOSCITIVO, representado por Jakubowski, en 1976, propone la incorporación de cuatro principios básicos en el entrenamiento asertivo:

¹ Flores Galaz Mirta Margarita. Asertividad. Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Editorial. Miguel Angel Porrúa. México 2002, pág 23.



1. Diferencia entre asertividad y agresividad
2. Aceptación e identificación los derechos propios y los de terceros
3. Reducción obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva, disminuyendo ideas irracionales, ansiedad y culpa
4. Desarrollo de destrezas asertivas.

Es importante resaltar que aun cuando existan enfoques diferentes (conductuales, humanistas y cognoscitivos) se integran en el concepto de asertividad. La década de los ochenta se caracterizó por la falta de una escuela de pensamiento dominante y por el libre albedrío de los terapeutas por utilizar los enfoques de su preferencia.

Durante 1987, Díaz-Loving y Flores iniciaron una serie de estudios que permitieron la conceptualización y desarrollo de la asertividad en nuestro país,² tomando en cuenta la sociocultura e idiosincrasia del mexicano. La primera aproximación fue mediante la aplicación de la prueba de asertividad de Rathus, cuyos resultados mostraron:

1. Asertividad en situaciones cotidianas, es decir aquellas personas que son capaces de hacer valer sus derechos en diferentes situaciones; sin agredir a otros.
2. Asertividad por medios no indirectos, en donde el individuo es capaz de expresarse, ya sea utilizando a personas, cartas, teléfono, esto es, no teniendo un enfrentamiento cara a cara.

² Flores Galaz. Op. Cit. Pág 62



3. No asertividad aquellas personas que no son capaces de expresar sus opiniones, de hacer valer sus derechos, de decir "no".

En posteriores investigaciones, al ser la asertividad una forma de enfrentamiento no usual para los mexicanos, se consideró de interés realizar una serie de estudios para conocer su significado, los resultados señalaban que el concepto de asertividad que tienen los mexicanos es más literal ya que hace referencia a algo cierto, correcto, aceptable, verdadero, certero; respecto a las variables de personalidad, señalaban que una persona asertiva es aquella que tiene respeto así misma y a los demás. Quién es asertivo tiene una alta *autoestima*.

Aquellos individuos que piensan que sus acciones dependen de factores externos; tales como la suerte o el destino, son menos asertivos; ya que la literatura psicológica menciona que los individuos bajos en asertividad tienen mayores creencias erróneas, poco control; por lo que están menos orientados al logro y más hacia el fracaso.

Eduardo Aguilar reconoce que hay estrecha relación entre asertividad y autoestima, ser asertivo no es ganarle al otro, es triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana.³

Rodríguez considera que la conducta asertiva emerge como un aspecto de la libertad emocional, que se refiere a la defensa de los propios derechos, menciona que el que no sabe afirmar y defender sus derechos tiene poca libertad, ya que se siente incomodo y temeroso y en ocasiones

³ Flores Galaz. Op. Cit.pág 24



puede mostrarse rencoroso, empleando conductas impulsivas. Afirma que cuanto más se respeta un individuo así mismo, mayor será su autoestima y si se valora podrá relacionarse con los demás, reconociendo a los que son mejores en alguna habilidad, pero sin sentirse inferior ni superior a ellos.

1.2 Definiciones

Al analizar la palabra desde sus raíces etimológicas, *aserción* proviene del latín *assertio-tionis*, que es la acción o efecto de afirmar una cosa.⁴ El concepto de asertividad tiene muchas acepciones, existen diversas creencias de lo que este término implica; los especialistas del tema desde la perspectiva psicológica, lo han definido de diversas formas.

En 1969, a Wolpe se le conoce como responsable del desarrollo del concepto de asertividad, el significado que dio fue **“defensa de derechos”**. Sin embargo, más tarde definió asertividad como una expresión adecuada, dirigido hacia otra persona.⁵

Lazarus, en 1973, considera a la asertividad como la defensa de los derechos propios y la expresión de afectos, placer y otros sentimientos positivos que constituyen parte de la libertad emocional, describe algunos componentes de la conducta asertiva que constan de cuatro patrones de respuestas específicas.⁶

- Habilidad para decir “no” ante peticiones no razonables.
- Habilidad para pedir favores.

⁴ Diccionario de la lengua española, 1956 en Flores Galaz. Op. Cit. Pág 24

⁵ Ib. Pág 24

⁶ Ib. Pág 25



- Habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos.
- Habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones.

Alberti en 1974, sostiene que la asertividad es la conducta que permite a una persona defender su propio interés y expresar sus derechos sin destruir los de otros.⁷

Cotler y Guerra, en 1976, opinan que la asertividad involucra conocimiento y expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos de un individuo.⁸

Shroeder (1976) dice que la conducta asertiva es la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal, a través de la expresión de sentimientos o deseos.⁹

Dee Galassi, 1977, dice que “una conducta asertiva es expresar nuestros sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones en la manera en que nosotros nos dirigimos a otras personas, sin forzarlas, ni menospreciarlas”.¹⁰

Heimberg, en 1977, indica que la asertividad es una conducta positiva, orientada hacia las metas.¹¹

⁷ Flores Galaz. Op. Cit. Pág 25

⁸ Ib. Pág. 24

⁹ Ronaldo Díaz Living. Revista Mexicana de Psicología. Diciembre 1995. Volumen 12, número 2. Pág 133.

¹⁰ Magdalena Elizondo Torres. Asertividad escucha activa en el ámbito académico. Editorial. Trillas. México 1997. pág 16

¹¹ Ib pág 134



Alder, en 1977, define asertividad como la habilidad de comunicarse, expresando pensamientos y emociones con confianza y con máxima capacidad.¹²

Alberth y Emmons (1978) mencionan que la asertividad es la conducta que permite.¹³

- Actuar de acuerdo con nuestros intereses
- Defender nuestras opiniones sin sentirnos culpables
- Expresar nuestros sentimientos y ejercer nuestros derechos

Jakubowski (1978) señala: que "asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada; respetando los derechos de cada persona."¹⁴

En 1979 Furnham, menciona que ser asertivo es expresar los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos.¹⁵

Bartolomé Carrorobles, en 1979,¹⁶ suele aplicar el término para hacer referencia a la conducta de individuos capaces de expresar directa o adecuadamente sus opiniones y sentimientos, tanto positivos como negativos.

¹² Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 16

¹³ Ib. Pág. 25

¹⁴ Flores Galaz. Op. Cit. 25

¹⁵ Díaz Living. Op. Cit. 133

¹⁶ Ib. Pág. 133



Para 1980, Rimm y Masters consideran la conducta asertiva como la conducta interpersonal que implica la expresión honesta de los sentimientos.¹⁷

Bower, 1980, clasifica la conducta de los individuos en tres tipos de acuerdo con su naturaleza: conducta pasiva no asertiva, conducta agresiva y conducta asertiva.¹⁸

Dayton, 1980, hace énfasis en las respuestas no asertivas, las cuales implican que la persona, no expresa libremente sus sentimientos, sino que actúa de manera pasiva o sumisa ante una situación.¹⁹

Por su parte Delamater y McNamara (1986) definen a la asertividad como honestidad de los derechos, creencias e intereses, sin violar y respetar a los otros.²⁰

Aguilar Kubli (1987) señala que asertividad es habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y respetuosa. Señala que los individuos no asertivos:²¹

- Tienen dificultad en rechazar una petición.
- Dejan que otros abusen de ellos.
- No expresan sus sentimientos, opiniones y creencias.
- Sienten miedo al hablar en público.
- Se sienten víctimas, sufren apatía y depresión.

¹⁷ Díaz Living. Op. Cit. Pág. 134

¹⁸ Ib. Pág. 42

¹⁹ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 32

²⁰ Ib. Pág. 134

²¹ Flores Galaz. Op. Cit. Pág. 35



- Padecen porque dan más de lo que reciben.
- Condicionan su autoestima para ser aceptados

Cantanyer, 1997, menciona que la conducta asertiva se aprende por imitación y refuerzo, es decir, por lo que nos han transmitido como modelos de comportamiento y como dispensadores de premios y castigos, nuestros padres, maestros y amigos.²²

Smith (2003), menciona que asertividad es saber defender tus derechos al mismo tiempo que respetar los ajenos.²³

Se concluye que los diferentes conceptos tienen en común varios aspectos importantes de mencionar. La asertividad o conducta asertiva es un conjunto de habilidades sociales que implican: respetarse a sí mismo, respetar a los demás, expresar nuestros pensamientos, sentimientos y percepciones, establecer límites, tener control emocional, elegir cómo reaccionar y hablar de nuestros derechos cuando sea apropiado, con el fin de elevar la autoestima, llevándolo a consecuencias satisfactorias en la interacción personal.

²² Flores Galaz. Op. Cit. Pág. 99

²³ Manuel J. Smith. Si puedo decir no. Editorial. Debolsillo. México 2003. pág 36



2. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

2.1 Conducta pasiva no asertiva

La conducta pasiva consiste en no comunicar lo que se desea o hacerlo de una manera débil, con demasiada timidez, ocultando lo que se piensa en contenido o intensidad.²⁴ Existen por lo menos cuatro razones que pueden actuar aislada o conjuntamente provocando el debilitamiento de la fuerza de expresión personal y son:

- Falta de control emocional
- Predominio de temor y ansiedad
- Falta de habilidad para comunicarse
- Desconocimiento de sus derechos como persona

Bower, en 1980, menciona que las metas, las implicaciones y algunos mensajes de la conducta pasiva no asertiva son los siguientes:

Comportamiento	Pensamientos	Expresión	Sentimientos
Apaciguar a los demás	Violar los derechos propios	Con disculpas, inadvertidamente, de tal manera que los demás pueden fácilmente ignorarlos	Una expresión puede ser "yo no cuento"
Evitar el conflicto a cualquier precio	No expresar sentimientos, pensamientos o creencias		No importa mis sentimientos solamente importan los tuyos
Persona insegura, tímida	Se sienten incomprendidos		Yo no soy nadie, tu eres superior

²⁴ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág 33



2.2 Conducta agresiva

La agresividad es cualquier conducta enfocada a dañar o lastimar a una persona por la falta de control emocional, generando maltrato físico o verbal.²⁵

La meta usual del agresivo es el dominio, la ganancia mediante la fuerza, humillando, degradando y mostrando desprecio, de manera que el otro se debilite y pierda la posibilidad de expresarse y defenderse

El individuo agresivo, según Aguilar Kubli, manifiesta las siguientes conductas.

- No sabe escuchar
- Se muestra rígido e inflexible
- Actuar frecuentemente a la defensiva
- Siente la necesidad de tener el control
- Juzga y culpa a los demás
- Ridiculiza haciendo bromas
- Reacciona exageradamente
- Ve únicamente las fallas de los demás
- Se Enoja con facilidad
- Emite críticas constantes
- Siempre quiere tener la razón
- Necesita sentirse superior
- Culpa a los demás por las fallas propias
- No acepta ni reconoce los derechos de los demás
- Abusa de otros

²⁵ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 3



Las causas principales de la agresividad son: la falta de control emocional con predominio de inseguridad, errores en la forma de expresión, intolerancia a la frustración y la falta de reconocimiento de los derechos de los otros.

Las consecuencias de la agresividad son: insatisfacción y tensión, aislamiento y soledad, rechazo social, violencia, culpabilidad y deterioro en la salud física.

2.3 Conducta asertiva

La conducta asertiva es cuando una persona posee la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, de una manera honesta, oportuna y respetuosa. Las consecuencias positivas de la conducta asertiva, son elementos para un efectivo proceso de enseñanza-aprendizaje.²⁶

Para Aguilar Kubli la persona asertiva presenta las siguientes características

- Desarrolla la capacidad de observar con más facilidad las ocasiones, cuando no se está comunicando correctamente y determinar qué hacer para corregirlo.
- Controla más las emociones
- Se respeta a si mismo
- Ayuda a los demás para que también se expresen adecuadamente
- Es más positivo y logra que los demás también lo sean
- Aprende a escuchar a los demás
- Desarrolla la habilidad de comunicación
- Evita la angustia por cosas inútiles

²⁶ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 41.



➤ Actúa de manera justa y sabe motivar

Comportamiento	Pensamientos	Expresión	Sentimientos
Seguridad	Creer en los derechos propios y de los demás	Expresan sus sentimientos (afecto, agradecimiento, admiración)	Buena autoestima
Ni bloqueos, ni tartamudeos, sabe aceptar sus errores	Sus convicciones suelen ser racionales		No se sienten inferiores, ni superiores respecto a los demás
No evita la mirada, mientras habla			Satisfacción en las relaciones

2.3.1 Derechos asertivos

Toda persona tiene derecho a:

- ❖ Ser tratado con respeto y dignidad
- ❖ Equivocarse y a ser uno responsable de sus propios errores
- ❖ Tener valores propios y opiniones
- ❖ Tener necesidades propias y que estas sean tan importantes como las de los demás
- ❖ Expresar sentimientos propios
- ❖ Cambiar de opinión
- ❖ Protestar cuando es tratado de una manera injusta
- ❖ Cambiar lo que no es satisfactorio
- ❖ Detenerse y pensar antes de actuar
- ❖ Pedir lo que se quiere
- ❖ Ser independiente
- ❖ Hacer menos de lo que humanamente se es capaz de hacer
- ❖ Rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta
- ❖ No justificarse ante los demás



- ❖ Realizar cualquier actividad mientras no se violen los derechos de otra persona
- ❖ Hablar sobre algún problema con la persona implicada y en los casos límite en los que los derechos de cada uno no están del todo claros llegar a un compromiso viable.
- ❖ Decir no lo sé

2.3.2 Componentes de la conducta asertiva

No Verbales

Para que un mensaje se considere transmitido de forma socialmente hábil, las señales no verbales tienen que ser congruentes con el contenido verbal.

Las personas no asertivas a menudo carecen de esta habilidad para aplicarlo.

En un estudio realizado por Castenyer, se observó que la postura y la expresión facial eran los componentes no verbales más relacionados con la conducta asertiva.

Expresión facial: Adler menciona, "para que un mensaje sea asertivo, es necesario una correspondencia entre éste y la expresión facial".²⁷ Ésta juega varios papeles en la interacción social humana, muestra el estado emocional de una persona; proporciona una información continua, sobre si se está comprendiendo el mensaje, en relación con lo que se está diciendo; indica actitudes hacia otras personas.

²⁷ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 93



La persona asertiva adoptará una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje que quiere transmitir, es decir que no sea contradictoria a lo que se quiere decir.

La mirada. Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas, el tipo de mirada comunica actitudes interpersonales, de tal forma que una mirada relajada y directa, ayuda a que los interlocutores muestren interés y respeto entre sí.

Postura corporal. Hybels la define como el arreglo y la posición del cuerpo y de las extremidades en su conjunto.²⁸ La postura puede reflejar las motivaciones internas, intenciones en una situación de comunicación, al igual que la actitud. Existen cuatro tipos: postura de acercamiento que indica atención; postura retirada suele interpretarse como rechazo; la postura erecta indica seguridad, firmeza y por último la postura contraída que refleja depresión o timidez.

Bower menciona que pasar saliva repetitivamente, humedecer los labios excesivamente, jugar con objetos o mantener la boca cerrada, son ejemplos de expresiones faciales no asertivas.²⁹

Gestos. Las manos, la cabeza y los pies, pueden producir una amplia variedad de gestos que se usan para amplificar y apoyar la actividad verbal o bien para tratar de ocultar los verdaderos sentimientos. Los gestos asertivos son movimientos desinhibidos, sugieren franqueza, seguridad en uno mismo y espontaneidad por parte del que habla.

²⁸ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 94

²⁹ Ib. Pág. 74.



Verbales

La conversación es el instrumento verbal por excelencia de la que nos servimos para transmitir información y mantener más relaciones sociales adecuadas. Los elementos vocales no se refiere a lo que se dice, sino a la forma en como se dicen las cosas.

Albert Mechrabian estima que el 38% del significado social del proceso de comunicación reside en la percepción de la voz, los elementos vocales que podemos identificar son los siguientes: volumen, velocidad, tono y claridad.³⁰

³⁰ Elizondo Torres. Op. Cit. Pág. 99.



3. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA

El conocimiento de las técnicas para "manejo" de la conducta del niño tiene como finalidad establecer una buena comunicación, ganarnos su confianza y su aceptación para el tratamiento dental, proporcionando un ambiente relajado y cómodo.

Debido a las varias etapas de crecimiento y desarrollo y las diferencias de personalidad cada niño es un individuo único, mental, física y emocionalmente. Por ello la importancia de entender y comprender con eficacia las técnicas de asistencia y las diferentes pautas de conducta de los niños para que manifiesten las actitudes más favorables, ya que la **actitud**³¹ es una disposición, inclinación o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos, esta depende de la interpretación del niño hacia una situación dada, como su reacción emocional hacia ella.

Las técnicas para el manejo de la conducta del niño según Barbería³² se clasifican en de:



³¹ Ripa W. Louis. Manejo de la conducta en odontología del niño. Editorial Mundi. Argentina 1984. Pág 2

³² Barbería Leache Elena. Odontopediatría. Editorial. Masson 2ª Edición. Barcelona. España 2001. Pág 128.



3.1 Comunicación

La comunicación es la clave para dirigir la conducta. Observar al paciente desde la sala de espera nos puede ayudar a saber que tipo de actitud va a tomar, debemos de tener la habilidad para fomentar tanto la comunicación verbal como visual.

Es importante conocer al niño antes de atenderlo, preguntarle a los padres si ha tenido experiencias previas al tratamiento dental, es necesario establecer una conversación con el niño para que se sienta física y emocionalmente seguro,³³ para explicarle ordenadamente los procedimientos a seguir, así mismo reconociendo su buen comportamiento, felicitarlo y agradecersele, ya que esto le infunde una actitud positiva.



³³ Barberia Leache, Op. Cit. Pág. 128



Barbería recomienda se programe una cita preliminar, que consiste en llevar al niño al consultorio dental realizando un recorrido y dándole una explicación, este primer contacto sirve de preparación psicológica, proporciona familiarización del niño con el ámbito dental ayudando a disminuir el miedo y la ansiedad.³⁴ Desafortunadamente esta experiencia no se práctica, por limitaciones de tiempo del odontopediatra o de los padres.

3.1.1 Análisis asertivo

La propuesta de Barbería respecto a que la comunicación es la clave del éxito favorable dentro de la atención odontopediátrica se remarca cuando señala que debe fomentarse la comunicación tanto verbal como la no verbal, como se verá más adelante.

Barbería al mencionar que debido a circunstancias de tiempo tanto de los padres como del profesional, no se puede programar una cita previa al tratamiento no considera que ésta no necesariamente tiene que ser programada y de recorrido. Durante la primera consulta se puede comenzar la comunicación con el paciente, siendo este nuestro primer objetivo para poder dirigir su conducta, conocerlo antes de tratarlo, sonreír, dar la mano como muestra de saludo y atención a su persona, la conversación debe de ser natural y agradable, interesándonos sobre sus gustos y actividades, una vez que podamos establecer un contacto con el niño, es necesario involucrarnos más preguntándole "si" ha tenido o "no" alguna experiencia dental, tenemos que escuchar sus dudas y responder de manera que pueda entendernos, pues así reforzamos su confianza y seguridad, esto depende de la edad de cada niño. Es importante establecer los límites de la relación profesional y hasta donde podemos llegar en el trato con el niño.

³⁴ Barbería Leache. Op. Cit. Pág. 128



Es importante pronunciar las palabras despacio y claramente. Muchos de los miedos no son por el procedimiento en sí, sino por la intranquilidad que produce la expresión de ciertas palabras. Al seleccionar el lenguaje hay que elegir objetos que le sean conocidos y explicar las cosas de tal forma que nos entiendan, cada edad requiere una adaptación adecuada del vocabulario a utilizar.

Hay que describirle al niño de una manera comprensible los instrumentos, materiales y aparatos que se van a utilizar, las palabras sustitutivas permiten al niño tener claridad para una mejor comprensión del mensaje, depende de cada profesional el nombre que les de.



Los siguientes son algunos ejemplos que pueden usarse para explicar los procedimientos.

TERMINOLOGÍA ODONTOLÓGICA	PALABRAS APLICABLES
Grapas	Anillos o cinturones para los dientes
Sellador	Barniz
Pieza de alta velocidad	Ruido de avión
Succión	Aspiradora
Anestesia	Agua para dormir los dientes
Jeringa de aire	Pistola de aire
Jeringa de agua	Pistola de agua
Radiografía	Fotografía
Equipo radiográfico	Cámara
Amalgama	Estrella de plata

3.1.3 Análisis asertivo

Al dirigirnos al paciente debemos de seleccionar el lenguaje que pueda entender relacionándolo con objetos y situaciones que le sean familiares pero no engañar o mentir con las explicaciones, nuestros gestos faciales y movimientos corporales expresan mucho sobre nuestra actitud hacia el



paciente, reitero con la expresión facial comunicamos emociones y actitudes. En combinación con el lenguaje los gestos sirven para reafirmar o interpretar lo que se dice, los mensajes claros y coherentes determinarán en gran medida la comprensión por parte de nuestro paciente, explicándole que sin su ayuda y colaboración no se puede realizar ningún tratamiento,

3.1.4 Decir-Mostrar-Hacer

Este método es conocido como "Tell-Show-Do" (TSD). "Diga-Muestre-Haga" o "Explique-Enseñe-Ejecute" y lo establece Addeleston en 1959.³⁶

Decir-Mostrar-Hacer constituye el fundamento de la fase educativa para inducir en el paciente pediátrico un comportamiento relajado y tolerante. La técnica es sencilla y por lo general muy útil. La idea es facilitar la relación con el niño dentro de un ambiente y gente nueva, se lleva a cabo de la siguiente manera.

- Decir y explicar al niño lo que se le va a hacer antes de comenzar cualquier maniobra con el fin de reducir la ansiedad y el miedo.



³⁶ Ralph E. McDonald. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Editorial Panamericana. 5ª Argentina 1990. Pág 59.



El éxito estriba en que el profesional posea un vocabulario adecuado. Conforme se realizan diferentes procedimientos, se debe orientar al niño gradualmente en la manifestación de los estímulos que provocan la ansiedad.³⁷

3.1.5 Análisis asertivo

Esta técnica es asertiva ya que su fundamento se centra en guiar paso a paso el procedimiento que se realizará, esto no solo de palabra, sino explicándolo y ejecutándolo de manera simultánea a medida que el niño recibe información acerca de lo que se le va a realizar, con ello se irán disipando los temores a lo desconocido, diciendo algún mensaje asertivo a medida que cada paso es aceptado positivamente por ejemplo, "gracias por ayudarme", "eres un niño colaborador, felicidades", "te agradezco mucho que me estés ayudando", "estas colaborando muy bien", porque con ello reforzamos la cooperación de nuestro paciente durante el procedimiento a realizar, no debemos de dar explicaciones detalladas, pues suelen confundir al niño y tal vez angustiarse.

Esta técnica nos incrementa la posibilidad, debido a la explicación y orientación apropiada por parte de nosotros, de que podamos recibir una actitud asertiva y eficaz del niño

³⁷ Barberia Leache. Op.Cit. Pág. 130



3.1.6 Control de voz

Esta técnica tiene como objetivo restablecer la comunicación perdida debido a una conducta no colaboradora.³⁸ Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, para tratar de conseguir la atención del niño y remarcar la intención de que es el profesional el que toma las decisiones.

Es más importante el tono de voz que lo que se dice en concreto, la expresión facial debe transmitir esta misma intención. 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 técnica se le denomina "cambio de ritmo".

3.1.7 Análisis asertivo

Antes de decidir utilizar esta técnica tenemos que valorar que es lo que está sucediendo con nuestro paciente, tenemos que preguntarle al niño que es lo que le molestó, averiguar primero para poder orientarlo y evitar que se angustie. El objetivo no es gritar por gritar, sino cambiar el tono de voz en una misma frase, mantener el control de nuestra conducta, en ningún momento debemos de considerarla como una forma de escape para reaccionar con enfado o agresión. El primero que debe ser asertivo es el operador.

³⁸ Mercado Castillo Ramón. Manual de Odontología Pediátrica Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, Colombia, 1996. Pág.57.



3.2 Modificación de la conducta

3.2.1 Desensibilización

Es una técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. La desensibilización sistemática pura es aplicada por psicólogos y requiere de numerosas sesiones por lo cual es poco práctica en odontología, pero una modificación de ella si es aplicable.

Es uno de los métodos más efectivos y más utilizados para reducir la ansiedad,³⁹ incluye la enseñanza de técnicas de relajación, para el paciente, lograr una relajación muscular y describirle ya relajado escenas imaginarias vinculadas con sus temores, estas escenas son presentadas al paciente de forma gradual, de modo que aquellas que provocan mínima ansiedad sean descritas al principio. Es efectiva porque el niño aprende a sustituir su conducta inapropiada de ansiedad, por una más apropiada mediante la relajación.

Hay variaciones en esta técnica que son útiles en odontopediatría, se hace uso frecuente de este enfoque, comenzando por los procedimientos clínicos más sencillos y menos amenazantes, para así poder finalizar con los más difíciles, conjuntamente se utiliza el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, un ejemplo de esto puede ser el siguiente

- Historia clínica
- Radiografías
- Control personal de placa
- Modelos de estudio
- Aplicación de fluoruro

³⁹ Monserrat Catalá, Carlos García Ballesta. Odontopediatría. Editorial Masson. Barcelona. España 2004. pág. 265.



- Sellador de foseetas y fisuras
- Tratamientos conservadores
- Tratamientos complicados

3.2.2 Análisis asertivo

Esta técnica describe la parte de inducción de la técnica hipnótica, que sin darle mucho tiempo puede ser modificada con el método corto de sugestión de Erickson, el cual consiste en cambiar la atención del niño por otro estímulo, lo fundamental del procedimiento es dar la confianza suficiente en el niño para que acepte la sugestión, regresamos a la consideración de la conducta del operador éste es el que debe ser asertivo.

La relajación muscular lo podemos lograr con una respiración lenta y profunda, para poder mantener al paciente relajado física y emocionalmente. La empatía, las expresiones amistosas y tratar de realizar la visita lo más agradable posible, son de mucha utilidad para inhibir los estímulos que provoca la misma.

Cuando un niño tiene temor a lo inesperado o a lo que él piensa que puede esperar de la atención dental, hay que buscar por medio de decir, mostrar, hacer, demostrar que el dolor que había anticipado no existe, y sus miedos previos empiezan a desaparecer, esto nos ayuda a reforzar en gran medida la conducta positiva del niño. ante la ansiedad.

En cuanto a la proposición del orden posible de acciones, que no tratamientos, es cuestionable, porque dependerá del daño que presente el niño o si hay presencia de dolor en determinado órgano dental, por ello debemos valorar a cada uno de nuestros pacientes porque cada caso es



específico y diferente. Cada procedimiento se debe de adecuar a cada niño y no debe de generalizarse, es sorprendente lo angustioso que puede resultar para un niño un determinado tratamiento; que nosotros esta calificado como sencillo.

3.2.3 Refuerzo

La presencia o el retiro de reforzadores, se denomina manejo de contingencia.⁴⁰ Existen dos tipos de reforzadores: positivos o negativos, un reforzador positivo es aquel, cuya presencia contingente aumenta la frecuencia de una conducta favorable.

Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a repetirse frecuentemente y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse tiende a extinguirse o desaparecer.⁴¹ Cualquier conducta positiva tiene que ser reforzada verbalmente y con gestos agradables de nosotros y del personal auxiliar, los reforzadores positivos pueden ser de tipo social (elogios, expresiones faciales de agradeciendo o sonrisas), o en forma depremios activos (estampas, estrellas, juguetes).



⁴⁰ Ripa. Op. Cit. Pág. 71

⁴¹ Ib. Pág. 130



Para la modificación de la conducta a corto plazo, los procedimientos del manejo de reforzamiento son sencillos, como brindar o retirar el refuerzo después de mostrados los patrones de conducta deseados.

Muchos profesionales dan a los niños un regalo después del tratamiento; sin embargo, el premio es frecuentemente otorgado, sin importar el tipo de comportamiento durante la visita, estudios sobre la conducta indican que esta práctica puede ser contraproducente, y recomienda que los reforzadores positivos se otorguen sólo después de la colaboración del niño.

3.2.4 Análisis asertivo

El refuerzo es un procedimiento que nos ayuda a fortalecer un patrón de comportamiento, que nos incrementa la posibilidad de que se repita dicha conducta, es preciso que manifestemos con *frecuencia* la aprobación de nuestro paciente siempre que reaccione de manera positiva o asertiva a la indicaciones por ejemplo: "me estas ayudando mucho", "gracias, estas colaborando mucho", "eres uno de mis mejores pacientes", "tu ayuda es excelente", la recompensa se relaciona estrechamente con la acción, si se le pide al niño que abra la boca y nos ayuda cooperando debemos agradecerse en el momento, pero si lo hacemos solo al término de la consulta, con frases como la siguiente: "ya terminamos, fuiste un paciente colaborador", no es eficaz pues no deja claro a nuestro paciente cual fue el motivo por el cual se elogia, mucho peor es ignorar su colaboración durante el tratamiento porque disminuimos la posibilidad de que se repita la conducta.



Louis Ripa ha encontrado que el uso del refuerzo positivo, es muy útil en la modificación de la conducta, ya que los principales beneficios en el tratamiento odontológico derivan del uso de los reforzadores sociales.⁴²

La técnica del refuerzo positivo es la más común para motivar a los niños, la universalidad y la frecuencia con la que se realiza, la convierten en una herramienta obligatoria en odontopediatría.

3.2.5 Imitación

Se denomina *modelamiento* al cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona. También se le llama "aprendizaje por imitación".⁴³ Con esta técnica el niño puede aprender acerca de la experiencia dental, viendo como otros niños reciben tratamiento. Esta técnica es de gran utilidad para mejorar la conducta de niños aprensivos sin experiencia dental.

El procedimiento consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuo (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento particular, un niño es capaz de aprender patrones de conducta por la observación de un modelo, puede ser vivo o simbólico. Las condiciones para que ello se logre son:

- Se obtiene la atención del paciente
- Se modela la conducta deseada
- Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador.

⁴² Ripa. Op. Cit. Pág. 73

⁴³ Sorbe. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial. Disinlimed. Caracas. 1996. Pág 31



Un método de aplicación es dejar entrar a un niño a la sala operatoria y dejarle ver como se está tratando a un hermano suyo, este modo de aprendizaje servirá para imitar la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar.

Otra forma es enseñar por medio de una película un paciente que recibe tratamiento. También el profesional se convierte en un modelo, por lo que tiene que mantener una actitud calmada y segura, para eliminar del ambiente, modelos negativos como una madre vehemente y ansiosa, el procedimiento de imitación ha demostrado ser efectivo para facilitar estas conductas y aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño, pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.



Addelson y Goldfried mencionan que las ventajas y los usos de las técnicas de modelamiento en el tratamiento del paciente odontopediátrico son: que éste es capaz de aprender patrones de conducta complejos por la



observación de un modelo. El aprendizaje a través del modelamiento,⁴⁴ es efectivo; cuando el observador está en estado de alerta; el modelo puede ser simbólico o vivo y cuando hay consecuencias positivas asociadas con la conducta del modelo.

Adelson informa que el efecto de una película en base a la técnica de modelamiento, cambió la actitud de los niños, que previamente habían sido señalados como temerosos al tratamiento dental.⁴⁵ Se observó respuesta positiva sobre la actitud en los niños menores de 7 años de edad, que vieron una película de cinco minutos, enfrentaron con éxito una visita odontológica, mostraron una conducta significativamente menos irruptiva durante la restauración de sus dientes; comparados con otro grupo de niños que no habían visto la película.

La experiencia clínica ha demostrado que los hermanos que sirven como modelos no deben ser necesariamente los mayores, sino los menos ansiosos, la observación parece imitar las conductas deseadas con una actitud de: "Bueno, si él puede hacerlo, yo también".

3.2.6 Análisis asertivo

El modo en el que los niños aprenden por imitación es muy importante para nosotros, porque los modelos que tienden a ser imitados más frecuentemente son aquellos que se perciben como eficaces por tal motivo si se emplean modelos reales o ficticios, estos deben mostrar procedimientos

⁴⁴ Ripa Op. Cit. Pág. 69

⁴⁵ Ripa en Adelson, R. Liebert. A modeling film to reduce children's, fear of dental treatment. Las Vegas, March 1972, pág. 114



poco cruentos que permitan al niño aprender una conducta asertiva para enfrentar una situación semejante en el futuro.

Nuevamente es el cirujano dentista el que debe mantener el control de su conducta y facilitar la participación del niño manifestando con toda libertad sus temores específicos para que estos puedan ser disipados cuando la comunicación sea posible, o por medio de una conducta afectuosa, cordial, sincera y asertiva, cuando el paciente sea muy pequeño.

Como percibe el niño, el modo que se tenga en la consulta el control sobre la situación, el niño observará la seguridad mostrada y se identificará con el operador y tratará de imitar su conducta.



3.3 Técnicas de enfoque físico

Son aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar determinado tratamiento dental.⁴⁶ Son procedimientos aceptados por sus bases científicas para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones específicas; no son técnicas que se utilizan como castigo, por ello es necesario conocerlas para aplicarlas adecuadamente.

Los objetivos son: ganarse la atención del niño, enseñarle la conducta apropiada que se espera de él, darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos, protegerlo de lesiones y hacer más sencilla la técnica tanto para el niño como para nosotros. El método físico de control de la conducta debe realizarse en estrecha relación con el enfoque psicológico.

Estas técnicas deben utilizarse después de haber agotado, las posibilidades de tratamiento con métodos convencionales; deben ser consideradas antes de planificar un tratamiento bajo anestesia general; se emplean como parte de un procedimiento dental no como un castigo; la finalidad es la protección del paciente; se debe explicar la forma en la cual se lleva a cabo y debe obtenerse el consentimiento informado de los padres.

Indicaciones: niños con limitaciones físicas, como pacientes con parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos, y niños con limitaciones mentales, así como niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional. Algunos

⁴⁶ Barberia Leache. Op. Cit. Pág 133



pacientes premedicados, que al no tener un nivel completo de conciencia pueden reaccionar bruscamente ante algunos procedimientos, como la aplicación de anestesia local.⁴⁷

3.3.1 Bloques de mordida

Se usan para el control de los maxilares y la abertura de la cavidad oral, ya que hay niños que se niegan a abrir la boca, en caso de utilizar este aditamento, se le atará un largo hilo de seda que se fijará al campo de trabajo, como medida de seguridad.

3.3.2 Análisis asertivo

Los objetivos que establecen las técnicas de restricción física son: *ganarse la atención del niño, enseñarle la conducta apropiada que se espera de él, darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos, protegerlo de lesiones y hacer más sencilla la técnica tanto para el niño como para nosotros. El método físico de control de la conducta debe de realizarse en estrecha relación con el enfoque psicológico.*

La manera de ganarse la atención del niño es mediante la comunicación verbal y no verbal, a pesar de la resistencia que el paciente oponga, sobre todo con la actitud de que el procedimiento no es un castigo por una mala conducta. Para enseñar la conducta apropiada deben emitirse constantes mensajes de rapport con respecto a su colaboración y la manera en que puede hacerlo.

El contacto físico puede ser para algunos individuos un signo de seguridad, lo que dará seguridad completa será la actitud cordial y asertiva del operador, por consecuencia debe manejar el tono, ritmo, e intensidad de

⁴⁷ Barberia Leache. Op. Cit. Pág. 134.



la voz. Expresar en su rostro la intención de no causar daño, de no estar molesto, de ayudar al alivio del problema del paciente. El control de la actitud del operador indiscutiblemente mejorará la realización de los procedimientos.

El enfoque psicológico que se debe mantener es la actitud del operador de manera respetuosa del individuo, con el consentimiento por convencimiento y en presencia de los padres

Respecto a los bloques de mordida y abre bocas no son una técnica de enfoque físico de manera estricta como lo indica Barbería, ni son el último recurso, son un aditamento que nos sirve como auxiliar de nuestro tratamiento, que permite trabajar más rápido, tener mejor visibilidad y realizar con mayor seguridad determinado procedimiento sin correr el riesgo de provocar algún accidente en nuestro paciente, se convierte en un aditamento agresivo cuando sobrepasamos el tiempo de trabajo, cuando en el caso de un abre boca de tijera se abre más allá de la capacidad de apertura de nuestro paciente. Y cuando se le "avisa" al niño que "cómo no se portó bien, le tendremos que aplicar un abre boca"

3.3.3 Mano sobre boca

Esta técnica fue descrita por primera vez en la década de 1920 por la doctora Evangeline Jordan, quien escribió: "Si un niño normal no escucha, sino que continúa gritando, coloque la mano sobre la boca, al mantener la boca cerrada hay poco ruido, y pronto comenzará a razonar."⁴⁸

⁴⁸ Ripa. Op. Cit. Pág. 85.



Conocida también como "*Hand Over Mouth*", su finalidad es restablecer la comunicación con un niño que tiene la capacidad para comunicarse, por ello está prohibida su utilización en niños menores de tres años y en pacientes con coeficientes bajos porque no tienen dicha capacidad. La técnica no busca asustar al niño, busca obtener su atención y silencio para que pueda escuchar y restablecer la comunicación.

Como lo indica Craig,⁴⁹ la técnica puede ser usada de la manera siguiente: después de determinar que la conducta del niño indica el uso de esta técnica, se coloca la mano suave pero firme sobre la boca del paciente. Se habla en voz baja y suave al oído, diciéndole que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en que este dispuesto a cooperar, generalmente mediante la comunicación paraverbal por medio de expresiones faciales, el niño indica que está dispuesto a cooperar, en ese momento se retira la mano y se elogia inmediatamente su conducta. Si se descontrola de nuevo y grita, se vuelve a aplicar la técnica.



⁴⁹ Ripa. Op. Cit. Pág. 85.



Encuestas realizadas por especialistas en odontopediatría en 1972 y 1981, demostraron la aceptación de esta técnica en un 80%. Davis y Rombom obtuvieron resultados similares, pues el 83% de los doctores la enseñaba en sus cursos.⁵⁰ También se utilizaba una variedad de esta técnica de mano sobre boca con restricción de vías nasales, por ello se considera totalmente inaceptable su utilización, a pesar de su efectividad, ya que el paciente reacciona a causa del "miedo" físico que experimenta.

3.3.4 Análisis asertivo

Es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos, aún consiguiendo el cambio de comportamiento, de ninguna manera resuelve el temor que presenta el niño y sí refuerza la imagen negativa del profesional, porque es una forma de coerción, con el agravante que quizá la conducta no cambie y se vuelve más punitivo cuando se cierran las vías aéreas apretando la nariz, esta técnica no debe utilizarse.

Si se decide la utilización de dicha técnica es obligatorio obtener el consentimiento informado previo de los padres esto significa que ellos deben saber cómo es el procedimiento.

Es frecuente que se hagan promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, éstas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente. Este último párrafo es una recomendación de algunos autores realizan, prometer bajo presión por cualquier parte de una relación resulta ser una conducta poco asertiva, lo más probable es que no se cumpla con lo prometido.

⁵⁰ McDonald. Op. Cit. Pág. 61



3.3.5 Aditamentos para restricción de movimiento

Cuando ya no se puede controlar los movimientos de los niños, se recurre a aditamentos de limitación física específica, para control de todo el cuerpo, donde encontramos: toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el *papoose board*, *pediwrap*.⁵¹

Las técnicas de enfoque físico a pesar de sus fundamentos científicos y conocimientos por parte de los odontopediatras, pueden crear cierta confusión en los padres debido a su desconocimiento, pueden mostrar desconfianza, especialmente en aquellas situaciones en las que sus hijos han tenido experiencias odontológicas negativas.

Se tiene que poner énfasis en describir que las técnicas se utilizan para seguridad del niño y como necesidad del tratamiento y no como menosprecio. Por ello la importancia del consentimiento por parte de los padres.

3.3.6 Análisis asertivo

El método físico debe practicarse en estrecha relación con el enfoque psicológico, su aplicación se lleva a cabo en situaciones específicas, es necesario saber aplicarlas adecuadamente, su utilización provoca desconfianza en los padres, por ello se les tiene que explicar por qué y cómo se utiliza, así como obtener el consentimiento informado, al paciente se le debe de explicar de forma cordial, amistosa los motivos y la manera en que se va a llevar a cabo, se debe aplicar en un ambiente relajado, con tranquilidad, siempre como parte de un tratamiento y jamás como una forma de castigo.

⁵¹ Barber Leacne. Op. Cit. Pág. 136.



CONCLUSIONES

El manejo de la conducta del niño en la consulta odontológica, significa poder lograr mantener la colaboración del paciente durante el tratamiento, no existe una técnica determinada para manejar el comportamiento en el niño, ya que no existen situaciones específicas entre un paciente y otro, cada niño es un ser único, física psíquico y social y los métodos para obtener su colaboración varían tomando en cuenta que pasan por diferentes etapas en su crecimiento y desarrollo, el amor, la agresión física o psicológica de las personas que los rodean en su medio ambiente, influencia de los amigos antecedentes médico-dentales condicionará su conducta.

Sin embargo considero que las técnicas con mayor éxito es la de decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y la desensibilización, ya que son un proceso de enseñanza aprendizaje y de carácter educativo provocando en el niño disipación de sus temores incrementando la posibilidad de que el niño se desensibilice y pueda tratar de mantener una actitud positiva en la consulta; si en determinado momento debido a las circunstancias que se presenten se decide la utilización de las técnicas de restricción física es necesario explicar a los padres y pedir la autorización del consentimiento informado.

La actitud de seguridad por parte del profesional, la conducción cautelosa en la comunicación con los padres y el niño, la confianza y destreza en la realización de los procedimientos de trabajo son factores que determinan la tranquilidad en el niño, esto requiere práctica para poder adquirir experiencia.



Actuar asertivamente significa que podamos transmitir al niño mensajes adecuados de acuerdo a edad, respetarlo, interesándonos por él como persona, compartir sus experiencias, dejarlo expresar, escucharlo de manera respetuosa para poder lograr una buena relación y comunicación con ello el niño sentirá confianza y seguridad al establecer contacto con el niño, cada acción, gesto, sonrisa, conducción en el campo de trabajo, alegría o enojo que manejemos en su trato es de gran importancia porque ello determinará en gran medida la aceptación de nuestro tratamiento.

La asertividad ayuda a desenvolvemos con eficacia y calidad en nuestra relación con el niño, aprendiendo de nuestros errores es una herramienta que nos impulsa a crecer como seres humanos.

El ser asertivo no es algo innato, se va aprendiendo a lo largo de la vida, pienso que ninguna persona es totalmente asertiva porque para mi juicio no existen las personas perfectas.



BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Siliceo, Alfonso. Colección Empresarial Planeación de Vida y Carrera Editorial Limusa. 2ª. Ed. México. D. F. 166 pp.

Alberti E., Robert. Viviendo con autoestima Editorial Pax. México, 1999, 250 pp.

Andlaw. R., J. Manual de Odontopediatría Editorial Interamericana, 4ª. Ed. México, 1999, 270 pp.

Ballesta García, Carlos, Catalá Monserrat. Odontopediatría Editorial Masson, Barcelona España, 2004, 515 pp.

Barbería Leache, Elena. Odontopediatría Editorial Masson, 2ª. ed. España, 2001, 432 pp.

Castanyer Mayer, Olga. La asertividad: Expresión de una sana autoestima Editorial desclée De brouwer. México D.F. 1997, 154 pp.

Correa Salete, Maria Odontopediatría Aspectos Psicológicos Editorial Santos. Brazil. 2002, 193 pp.



Davidson, Jeff. Asertividad. Editorial Hispanoamericana. México. D.F. 1999, 340 pp.

Elizondo Torres, Magdalena. Asertividad y escucha activa en el ámbito académico. Editorial Trillas. México. D. F. 1997, 154 pp.

Escobar Muñoz, Fernando. Odontología Pediátrica. Editorial Amolca. 2ª. ed 2004, 534 pp.

Flores Galaz, Mirta Margarita. Asertividad una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Editorial Miguel Ángel Porrúa. México. D. F. 2002, 136 pp.

Heiliger, Anita. La Angustia y el Miedo en el niño. Editorial del Valle de México, S.A. México, D.F. 1972, 150 PP.

Loving Díaz, Rolando. Revista Mexicana de Psicología. Volumen 12, número 2, Diciembre, 1995, 134 pp.

McDonald, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Editorial Panamericana, 5ª. Ed. Argentina, 1990, 90 pp.



Mercado Castillo, Ramón. Manual de Odontología Pediátrica Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, Colombia, 1996, 533 pp.

Rodríguez Estrada, Mauro. Asertividad para negociar Editorial McGraw-Hill. México D.F. 1991, 109 pp.

Smith J. Manuel. Sí, puedo decir no Editorial Debolsillo. México. D.F. 2005, 422 pp

Sorbe Rosemary de Agell Conceptos básicos en Odontología Pediátrica Editorial Disinlimed, Caracas, 691 pp.

Waes Van, Hubertus. Atlas de Odontología Pediátrica Editorial Masson, Barcelona, España, 2002, 388 pp.

Janet Alvarez Vega
56-10-54-47
09739768-5