

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COMISION DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**“TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EN
ODONTOPEDIATRÍA PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA”.**

**Trabajo especial presentado ante la ilustre Universidad Central de
Venezuela por la Odontólogo Julieta Karina Gago González para optar al
título de Especialista en Odontología Infantil.**

Caracas Octubre 2002

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COMISION DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**“TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EN
ODONTOPEDIATRÍA PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA”.**

Autora: Od. Julieta K. Gago González

Tutora Od. Rosemary Sogbe de Agell

Caracas Octubre 2002

Aprobado en nombre de la
Universidad Central de Venezuela
por el siguiente jurado examinador:

(Coordinador) Nombre y Apellido
C.I.

FIRMA

Nombre y Apellido
C.I.

FIRMA

Nombre y Apellido
C.I.

FIRMA

DEDICATORIA

A mi esposo Carlos David con todo mi corazón y amor

A mi hijo David Alejandro, quien vino a acompañarme en este duro camino de mi formación profesional para hacerme una persona mas completa

A mis Padres, Julieta y Pedro, que sin su apoyo incondicional no hubiese podido ser quien soy hoy

A mis hermanos Pedro, Roberto y Fernando

A mi sobrino Pedro Enrique, un milagro hecho persona

A mis Abuelos: Carmen, Nicolás y en especial a ti abuela Inés

A Nicolás Rojas, en cualquier lugar de este Universo donde te encuentres, espero que siempre me des esa luz para poder continuar mi labor con los niños

A mis compañeras de Post-grado de Odontología Infantil, especialmente a mi gran amiga Marlene Zambrano

A todos mis pacientes del Post-grado de Odontología Infantil que contribuyeron especialmente en mi formación profesional.

A todos mis pacientes de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil

A todos mis profesores del Post-grado de Odontología Infantil en especial al Dr. Gustavo Pérez, a la Dra. Rosemary Sogbe de Agell y a la Dra. Onelia Crespo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rosemary Sogbe de Agell por ser tenaz en la exigencia y detalles en la realización de este trabajo.

A mi madre, Julieta Isabel que con paciencia y entre su poco tiempo libre me ayudaba en la metodología y correcciones del trabajo.

A mi esposo, a mis compañeras y amigas: Marlene, Yvis, Gilmar y Rosalba por alentarme a seguir adelante en tiempos difíciles.

A Dios Todopoderoso y a la Virgen del Valle por permitirme estar en este mundo.

INDICE DE CONTENIDOS

Introducción			1
Capitulo I	1.	Conceptos básicos de Psicología	4
	1.1.	Desarrollo Humano	5
		- Áreas del desarrollo humano	6
		- Influencias ambientales	6
		- Interacción de los procesos de desarrollo	8
	1.2.	Teorías del aprendizaje	12
		1.2.1. Conductismo	13
		1.2.2. Teoría del aprendizaje social	34
		1.2.3. Enfoques cognitivos del aprendizaje	36
		1.2.4. Perspectiva psicoanalítica	53
Capitulo II	2.	Modificación del comportamiento	66
	2.1.	La conducta y su modificación	67
	2.2.	La modificación del comportamiento antes de la primera consulta	74
	2.3.	Primer encuentro entre el niño y el odontólogo	77
	2.4.	Principios básicos de la modificación	84

	del comportamiento	
	2.4.1. Abordaje positivo del paciente	85
	2.4.2. La comunicación con los niños	88
2.5.	Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica	92
	2.5.1. Efecto de la actividad y actitud del odontólogo	92
	2.5.2. Efecto del atuendo del odontólogo y su equipo	101
	2.5.3. Efecto de la duración y hora de la consulta	104
	2.5.4. Efecto del ambiente físico y su atmósfera	106
	2.5.5. Efecto de la presencia de los progenitores en el consultorio	109
2.6.	Reacciones de los niños a la experiencia odontológica	120
	2.6.1. Ansiedad y miedo	120
	2.6.2. Diagnóstico de ansiedad	151
2.7.	Actitudes de los niños hacia la	179

		odontología	
		2.7.1. Respuestas fisiológicas	182
		2.7.1.1. Termografía	186
		2.7.2. Llanto en el consultorio	196
		2.7.3. Reacciones a la primera consulta odontológica	207
		2.7.4. Reacciones a las consultas odontológicas sucesivas	208
		2.7.5. Reacción a la inyección	209
		2.7.6. Reacciones a la exodoncia	211
Capitulo III	3.	Técnicas utilizadas para el control del comportamiento del paciente pediátrico en la consulta odontológica	214
	3.1.	El manejo comunicacional	226
	3.2.	Modelamiento	268
	3.3.	Desensibilización sistemática	275
	3.4.	Técnica de Lamaze	281
	3.5.	Manejo Aversivo de la conducta	287
		3.5.1. Técnicas de inundación	287
		3.5.1.1. H.O.M.	287
		3.5.1.2. Restricción Física	302

3.6.	Otras técnicas	312
	3.6.1. Musicoterapia	312
	3.6.1.1. Antecedentes históricos	312
	3.6.1.2. Efectos en el ser humano	316
	3.6.2. Hipnosis	325
	3.6.3. Efecto que ejerce la realidad virtual en odontología	341
3.7	Actitudes de los progenitores hacia las técnicas de manejo de la conducta	348
CONCLUSIONES		366
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		369
ANEXOS		380

LISTA DE FIGURAS

Figura n°1:	La observación de las características de la conducta del niño por parte del odontólogo y su equipo.	94
Figura n°2:	Atuendo del odontólogo y de su equipo asistencial.	104
Figura n°3:	Ambiente físico y atmósfera del consultorio odontológico	108
Figura n°4:	Ambiente físico y atmósfera del consultorio odontológico	108
Figura n°5:	Expresión gráfica de la diferencia entre el miedo y la ansiedad.	134
Figura n°6:	Test o Prueba con “fotos Venham”.	159
Figura n°7:	Aplicando el primer componente “Decir” de la técnica Decir-Mostrar-Hacer.	242
Figura n°8:	Aplicando el segundo componente “Mostrar” de la técnica Decir-Mostrar-Hacer.	242
Figura n°9:	Aplicando el tercer componente “Hacer” de la técnica Decir-Mostrar-Hacer.	243
Figura n°10:	Realización de tratamiento restaurador en la paciente luego de la aplicación de la técnica “Decir-Mostrar-Hacer”	243
Figura n°11:	Reforzamiento de la conducta del paciente-niño.	248
Figura n°12:	Utilización de un reforzador social.	250
Figura n°13:	El uso de reforzadores sociales.	250
Figura n°14:	Modelamiento en “vivo”.	274

Figura n°15: El uso de la técnica de mano sobre boca.	291
Figura n°16: El uso del “abreboca”.	306
Figura n°17: Diferentes tipos y tamaños de abrebocas.	307
Figura n°18: Diferentes tipos y tamaños de abrebocas.	307
Figura n°19: Restricción Física con la colaboración de la madre.	308
Figura n°20: Restricción Física utilizando una sabana o envoltura.	309
Figura n°21: Dispositivo Pappose Board®.	310

LISTA DE TABLAS.

Tabla n°1:	Etapas del desarrollo psicosocial de Erikson	62
Tabla n°2:	Preguntas que debe responder el odontólogo sobre el paciente-niño con sus observaciones en la primera consulta	95
Tabla n°3:	Líneas guías de conducta comunicadas por el odontólogo	97
Tabla n°4:	Razones de Starky para la separación niño-padre.	119
Tabla n°5:	Relación entre los tipos de temores y las edades.	140
Tabla n°6:	Actitudes de los niños hacia la odontología: Gustos y Disgustos	181
Tabla n°7:	Registros de los ritmos cardiacos promedios de los niños durante las diferentes experiencias odontológicas.	185
Tabla n°8:	Eufemismos utilizados en Odontología.	244
Tabla n°9:	Reforzadores Sociales	251
Tabla n°10:	Reforzadores de Actividad	252
Tabla n°11:	Resumen de la encuesta a los miembros diplomados de la Asociación de Odontopediatria.	311

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COMISIÓN DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL**

**TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS EN
ODONTOPEDIATRÍA PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA.**

Autora: Odón. Julieta Karina Gago González.

Tutora: Odón. Rosemary Sogbe de Agell (Esp. O.I.).

RESUMEN

El control de la conducta del paciente pediátrico es uno de los factores mas importantes para lograr un tratamiento exitoso en la Odontología infantil.

Este es un trabajo de carácter monográfico donde se recolectaron y sistematizaron los métodos más utilizados para establecer la interrelación entre el paciente-niño, padres y equipo odontológico. La finalidad es obtener niños calmados y seguros en lugar de niños ansiosos y temerosos.

Puede ser utilizado como instrumento informativo que brinda apoyo al entrenamiento profesional y a la práctica clínica, al ofrecer técnicas que permiten reconocer y tratar con eficiencia a los niños y sus enfermedades bucodentales. Otorga herramientas a estudiantes de pre y postgrado.

Se logró sistematizar una serie de investigaciones académicas de personalidades reconocidas en el ámbito internacional y nacional cuyas experiencias sirven de referencias. Asimismo, se tomaron en cuenta las normas vigentes de la Academia Americana de Odontología Pediátrica en cuanto a las indicaciones, contraindicaciones, recomendaciones, riesgos significativos de estas técnicas y tratamientos alternos. Resaltó la importancia del consentimiento por escrito u oral de los padres o el representante del paciente para la aplicación de algunas técnicas específicas.

Palabras Claves: Desarrollo Humano – Aprendizaje - Modificación de la conducta – Adaptación a la consulta – Técnicas no farmacológicas

INTRODUCCIÓN

En odontopediatría, el control de la conducta es, sin duda, uno de los factores más importantes para lograr un tratamiento exitoso. No solamente se trata de la aplicación de técnicas individuales creadas para tratar o “entenderse” con los niños, sino más bien el uso de métodos para establecer una interrelación entre el paciente niño y el odontólogo; de esta manera obtener niños calmados y seguros, en lugar de niños ansiosos y temerosos.

El niño muestra una variedad de actitudes frente al tratamiento odontológico, por lo tanto es importante que el odontólogo infantil tenga a su disposición diferentes técnicas de control de la conducta según las necesidades de cada niño; y de esta manera establecer una relación apropiada niño-odontólogo-padres y promover actitudes favorables hacia la aceptación de la práctica odontológica.

Los odontólogos infantiles son estimulados a practicar estas técnicas diseñadas para controlar el comportamiento de los pacientes pediátricos de una manera cónsona con su entrenamiento profesional y su experiencia clínica. Todos ellos deben estar capacitados para reconocer y tratar efectivamente a estos niños y a sus enfermedades.

La metodología utilizada en este trabajo fue la revisión de autores clásicos de la Psicología y Psiquiatría como también de las referencias bibliográficas existentes a nivel mundial sobre las teorías implícitas y de las diferentes

técnicas no farmacológicas que existen y forman parte de la práctica odontológica.

Consecuentemente, esta monografía contiene conceptos básicos y actualizados sobre el desarrollo humano y las teorías del aprendizaje; la conducta y su modificación en odontología, los factores extrínsecos e intrínsecos que influyen en la conducta del niño y sus diferentes tipos de comportamientos en el ambiente odontológico; definiciones, objetivos, indicaciones y contraindicaciones de las técnicas no farmacológicas para control de la conducta; las cuales han sido usadas y siguen estando vigentes en la Odontología Infantil. Los métodos más conocidos han sido aprobados por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. Estos lineamientos están basados en el uso establecido que se les ha dado a estas técnicas que facilitan el control, tal y como se encuentra documentado en la literatura odontológica.

El presente trabajo ofrece además herramientas al odontólogo general y en especial al odontólogo infantil para ejercer su profesión. En esta monografía se resaltaron los aportes teóricos-prácticos otorgados por los estudios que se derivan de las ciencias humanas como la Psicología Infantil, cuyas nociones y conceptos sirven de soporte al desarrollo de la Odontología Infantil. De esta manera, se determinaron las teorías básicas implícitas en la evolución, en el desarrollo del niño y en su proceso de aprendizaje. El otro aspecto trabajado fue cómo la modificación del comportamiento afecta la

relación odontólogo-paciente en la consulta odontológica. Se caracterizaron las diversas técnicas no farmacológicas utilizadas para el control de la conducta y otras menos conocidas, en proceso de investigación y poco aplicadas. También se tomaron en cuenta las actitudes de los padres hacia la aplicación de algunas de estas técnicas y la integración cada vez mayor de éstos en el momento de aplicar el tratamiento odontológico a sus hijos.

La importancia de esta monografía radica en que se brinda como un instrumento informativo para aquellos profesionales que están realizando la especialidad de odontología infantil. Esta especialidad no solo se estudia para desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de los instrumentos, en el conocimiento de materiales dentales y de las diversas técnicas operatorias sino también para diagnosticar en forma precisa el desarrollo del niño, sus actitudes odontológicas y predecir así la reacción del niño ante las necesidades de tratamiento de los diferentes procesos odontopatológicos que se surgen durante el crecimiento y desarrollo del paciente pediátrico.

Se hace evidente a través de este esfuerzo que el conocimiento sobre el control de la conducta del niño y su adaptación es fundamental para un tratamiento exitoso. “La conducta no colaboradora” en el niño puede interferir en la calidad de la atención odontológica, generando un aumento en el tiempo que toma brindar el servicio y a la vez aumenta el riesgo de causar daños al paciente.

I.- CONCEPTOS BÁSICOS DE PSICOLOGÍA

CAPITULO I

1. CONCEPTOS BÁSICOS DE PSICOLOGÍA

La importancia de la comprensión de algunos conceptos básicos de psicología se argumentan por ser requeridos para lograr con éxito el control de la conducta del paciente niño en la consulta odontológica. Entre estos conceptos básicos están: el desarrollo humano y las teorías del aprendizaje.

1.1. DESARROLLO HUMANO

Los psicólogos del desarrollo, estudian la interacción entre el desenvolvimiento de los patrones de comportamiento predeterminados biológicamente y el entorno dinámico (en constante cambio), en el transcurso de la vida. De la misma manera, se dedican a estudiar la forma en que el entorno trabaja a favor o en contra de las capacidades genéticas del individuo, así cómo el mundo en el que vive afecta su desarrollo, y en que forma puede ser motivado para desarrollar su potencial al máximo (1),(2).

Para Wholwill citado por Craig, el estudio del desarrollo infantil, es un aspecto muy particular del desarrollo humano, que busca descubrir y registrar las relaciones entre la edad cronológica y los cambios en la respuesta del individuo a cierta dimensión de la conducta, en el curso del desenvolvimiento humano hacia la madurez. (1),(2).

El término desarrollo se refiere a los cambios acumulativos y progresivos (ocurridos en el tiempo) de estructura, pensamiento o conducta como resultado de influencias biológicas y ambientales. La psicología del desarrollo por lo tanto, es la rama de la psicología que estudia los patrones de crecimiento y los cambios que ocurren durante la vida (1).

- AREAS DEL DESARROLLO

El desarrollo ocurre en tres áreas: física, cognoscitiva y psicosocial. El área física es la de características como el tamaño, la forma y los cambios de estructura cerebral, o de las capacidades sensoriales y las aptitudes motoras. El área cognoscitiva implica todas las habilidades y actividades mentales, e incluso la organización del pensamiento: percepción, razonamiento, memoria, resolución de problemas, lenguaje, juicio e imaginación. El área psicosocial se refiere a los rasgos de la personalidad y las habilidades sociales: el estilo personal de comportamiento y de respuesta emocional, la manera en que uno siente y reacciona en las circunstancias sociales. El desenvolvimiento de cada quien en las tres áreas ocurre de manera simultánea e interdependiente (2).

- INFLUENCIAS AMBIENTALES EN EL DESARROLLO

El medio nos influye en cada minuto del día; la luz, el sonido, el calor, las drogas, la comida, la angustia, la severidad y otras numerosas influencias pueden llenar las necesidades biológicas y psicológicas básicas como

también pueden causar daño grave, atraer nuestra atención o dar elementos para aprender. Algunas influencias ambientales son permanentes y otras temporales, estas pueden detener o impulsar el crecimiento del organismo, producir ansiedades duraderas o colaborar a la formación de habilidades complejas. El medio influye en el desarrollo humano merced a *los procesos de aprendizaje y socialización*. Además, muchos cambios conductuales vinculados al ambiente acontecen por la interacción de maduración y aprendizaje (2).

Una definición general de *aprendizaje* que abarca sus diversos tipos, es aquella que lo define como un proceso básico por medio del cual el ambiente produce cambios duraderos en la conducta o un cambio de comportamiento relativamente permanente, como resultado de la experiencia o la práctica (1),(2).

Aunque los psicólogos no están de acuerdo sobre los detalles de las teorías del aprendizaje, la mayoría acepta que el condicionamiento es uno de los procesos básicos de aprendizaje. Consiste en establecer asociaciones entre diversos sucesos del medio del individuo (2). Lo importante de esta definición radica en que nos permite distinguir entre los cambios en el desempeño debidos a la maduración (el desarrollo de patrones de comportamiento predeterminados biológicamente que obedecen solo a los años vividos) y aquellos cambios que la experiencia trae consigo (1).

La *socialización*, según Goslin (1969) citado por Craig, es el proceso general por el que el individuo se convierte en miembro de un grupo social: familia, comunidad o tribu. Incluye el aprendizaje de todas las actitudes, creencias, costumbres, valores, papeles y expectativas de su grupo. Es un proceso permanente que ayuda a los individuos a vivir confortablemente y a participar por completo en su grupo cultural dentro de la sociedad (2).

Durante la infancia somos socializados de inmediato a ciertos roles y más tarde en otros; y cada nuevo rol adquirido nos exigirá ajustar nuestra conducta, actitudes, expectativas y valores de los grupos sociales a nuestro alrededor (2).

El proceso de socialización no ocurre solo en la infancia y la adolescencia, sino en todas las etapas de la vida. Los adultos intentan aprender nuevos roles para prepararse a los cambios que le esperan en la vida (2).

- INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS DE DESARROLLO

Algunos psicólogos siguen debatiendo que tanto de nuestra conducta se debe a la maduración y que tanto al aprendizaje. Principalmente, por el proceso de maduración, el niño primero se sienta, luego se incorpora y por último camina. Pero incluso este comportamiento puede ser obstruidos por drogas, dieta deficiente, fatiga, enfermedades, restricciones y tensión emocional. La experiencia y la práctica apoyan y perfeccionan ciertas

habilidades como las atléticas o las musicales. Otras conductas son más difíciles de categorizar (2).

La conducta es el producto de la interacción entre maduración y aprendizaje. Ciertos rasgos conductuales o limitaciones se heredan en el código genético, sin embargo, toda conducta se desenvuelve en un medio específico. Robert Plomin (1990) citado por Craig, señala que los factores ambientales pueden disipar una susceptibilidad heredada a enfermedades como el asma o la diabetes, que a su vez pueden afectar la socialización y el desarrollo intelectual si evitan la participación en actividades sociales o deportivas, o interfieren con la asistencia en la escuela. Se puede observar la misma clase de interacción en las relaciones entre las características físicas heredadas (como la estatura, el color de la piel, la estructura corporal), el concepto personal y la aceptación social (2).

- **SINCRONIZACIÓN**

La interacción de aprendizaje y maduración puede depender del momento exacto en que ocurre un efecto ambiental. La naturaleza crucial de la sincronización está expresada en el concepto de período crítico, el momento en el tiempo cuando, y solo entonces, un factor ambiental puede tener efecto. Algunos de esos periodos ocurren durante el desarrollo prenatal, cuando ciertos fármacos, químicos o determinadas enfermedades pueden trastornar el desarrollo de órganos específicos. Feldman, define al

periodo crítico como la primera de varias etapas del desarrollo donde deben ocurrir tipos específicos de crecimiento para poderse permitir un desarrollo normal posterior (1), (2).

Hay otros periodos en los cuales el organismo es mas o menos sensible a las influencias del ambiente. El periodo óptimo es similar al crítico. Es un intervalo particular de tiempo cuando una conducta se desenvuelve con mayor éxito resultado de la interacción entre maduración y aprendizaje. Pero un periodo óptimo no tiene la cualidad de todo o nada de un periodo crítico, pues aunque hay un momento óptimo para el desarrollo de una conducta, esta puede ser aprendida más temprano o más tarde (2).

El término preparación se refiere al punto en el que los individuos han madurado lo suficiente para aprender una conducta específica. Podría ocurrir que fueran incapaces de aprenderla bien y del todo, antes del punto de preparación, pero no es crucial que lo aprendan en el momento en que están preparados (2).

- MODELO ECOLÓGICO

El modelo de desarrollo humano más influyente y en uso es el que concibió el psicólogo Urie Bronfenbrenner. De acuerdo con el modelo de sistemas ecológicos (1979, 1989), el desarrollo humano es un proceso dinámico, ambiental y reciproco. La persona en crecimiento reestructura de manera activa los múltiples niveles de ambientes, o escenarios en el que vive

y a la vez recibe el influjo de esos ambientes, de sus interrelaciones y de las influencias externas del medio global (2).

Bronfenbrenner, ilustra el ambiente ecológico como un arreglo en cuatro sistemas concéntricos, anidados, a los que llamo microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Una característica fundamental del modelo son las fluidas y las alternadas interacciones en los sistemas (2).

- **MICROSISTEMA**

El primer nivel, el microsistema , es el de actividades, roles e interacciones del individuo y su medio inmediato, como el hogar, la guardería o la escuela. Este nivel es uno de los más estudiados por los psicólogos (2).

- **MESOSISTEMA**

El segundo nivel, esta formado por las relaciones entre dos o más microsistemas. Así, los contactos entre el hogar y la escuela o entre la escuela y el hogar y los grupos de padres (comunidad) afectan el desarrollo (2).

- **EXOSISTEMA**

El tercer nivel, exosistema, consiste en los ambientes sociales y las organizaciones detrás de la experiencia inmediata del individuo y que no obstante lo afectan. Los ejemplos van desde los medios formales, como el

lugar de trabajo de los padres o los de salud y bienestar comunitario hasta las organizaciones más informales como la familia del niño o la red de amistades paternas (2).

- **MACROSISTEMA**

A diferencia de los anteriores, el nivel exterior, no comprende ambientes específicos, sino valores, leyes y usos de la cultura o la sociedad del individuo (las leyes, costumbres, valores) (2).

En cualquier nivel pueden haber intervenciones que alienten el desarrollo; Bronfenbrenner (1989) citado por Craig, sugiere que son especialmente críticos los del macrosistema, porque este tiene el poder de influir en los otros tres (2).

Las fuerzas culturales que colaboran a definir el macrosistema están conformadas por un lado por los hechos históricos y por otra parte por el desarrollo humano normal. Se puede comprender mejor las transformaciones en las actitudes paternas, familiares y sociales que afectan el desarrollo a lo largo de la vida si poseemos una referencia histórica (2).

1. 2. TEORIAS DEL APRENDIZAJE

De acuerdo con las teorías del aprendizaje, la mayor parte de la conducta es adquirida por aprendizaje. Por lo tanto, es un proceso extenso,

que no esta confinado a la instrucción formal o la escuela, sino que comprende el apropiamiento de una moralidad, tendencias y gestos; pues el aprendizaje cubre una amplia gama de comportamientos. Los teóricos del aprendizaje consideran el desarrollo infantil una acumulación gradual de conocimientos, habilidades, recuerdos y aptitudes, debido a la adición continua y paulatina de experiencias de aprendizajes, llevando a su vez a más conocimiento y mayores capacidades, haciéndose el niño adolescente y luego adulto (1).

1.2.1. CONDUCTISMO

J. B. Watson se constituye como el fundador del conductismo (1913); aunque el concepto de conducta, fue introducido en psicología en 1902 por W. Mc Dougall. Sin embargo, lo importante no fue el manejo explícito del concepto de conducta, sino de los supuestos básicos subyacentes en el conductismo Watsoniano (3).

Las influencias sobre el conductismo Watsoniano derivan de tres grandes fuentes: A) La tradición filosófica del objetivismo; B) El funcionalismo; y C) La psicología animal (3).

La insistencia en la objetividad viene a largo de la historia. Tal vez, comienza con Descartes y su intento de explicar la mente y el cuerpo desde una perspectiva mecanicista. Pero de mayor importancia en la historia del objetivismo es A. Comte, fundador del movimiento, con su destacado énfasis

en el conocimiento positivo. De acuerdo a Comte el único conocimiento válido es el social y naturalmente observable desde un punto de referencia objetivo, lo cual no da para la indagación introspectiva ni para el uso de la conciencia como objeto de estudio. En otro contexto la objetividad se acentuó en la psicología soviética a través de las investigaciones de Sechenov, Bechterev y Pavlov (3).

La segunda influencia del conductismo fue el funcionalismo. Aunque la psicología funcionalista no era cien por ciento objetiva, representaba un incremento de la objetividad respecto a sus predecesores. Los métodos utilizados por Cattell y otros funcionalistas revelaban desacuerdos con los métodos introspectivos y se orientaban más hacia la exploración de la conducta. Los funcionalistas daban poca importancia a la conciencia y a la introspección, siendo en esencia expresión de una psicología funcional objetiva (3).

La mayor influencia sobre el conductismo proviene de la psicología animal cuya emergencia a partir de la teoría evolucionista condujo a intentos por demostrar la existencia de la mente en los organismos inferiores y la continuidad entre el hombre y los animales. Dentro de la línea de la psicología animal se resaltó la influencia de J. Loeb y su explicación de la conducta animal en base al concepto de Tropismo. Según esta Teoría la respuesta de los animales a su ambiente es una función directa de los

estímulos. La conducta es forzada, lo que indica descartar cualquier interpretación que recurra a la conciencia (3).

J. B. Watson su primera proposición alude a la naturaleza de la psicología, la cual debe alcanzar el estatuto de ciencia natural al ser objetivo (trata con eventos observables) y su propósito es la predicción (es decir, dado un estímulo se puede saber con exactitud cual es la respuesta que el organismo producirá) y el control (la posibilidad de manipular situaciones estimulativas para generar conductas específicas) de la conducta humana y animal (3).

Podemos decir entonces que a los psicólogos conductistas no les interesaban ni los pensamientos, sueños o sentimientos del hombre, sino reunir los hechos observando lo que las personas hacen. Examinaron la conducta de la manera como los científicos estudian la biología y la física. Definieron y controlaron con mucho cuidado los estímulos del medio experimental, luego observaron y registraron las respuestas conductuales de los sujetos. Por inducción construyeron una teoría. Por tanto los conductistas creían que el aprendizaje ocurre por medio del condicionamiento clásico y operante (3).

Los conductistas asumen que la naturaleza humana no es ni buena ni mala, que las personas responden a su medio, reaccionan. Cada quien es

conformado por el proceso de asociar estímulos y sus consecuencias. De esta manera, el proceso de aprendizaje ocurre automáticamente (2).

Algunos autores dicen que este modelo es mecanicista, que ve a las personas como maquinas puestas a funcionar por insumos (estímulos) con lo que generan productos (respuestas). Estos no se interesan por lo que pasa entre el estímulo y la respuesta. En su opinión la propia “mente” no puede ser estudiada o descrita con facilidad desde el exterior. No confían en que las personas den reportes precisos de lo que sienten o piensan, ni creen en los determinantes inconscientes o genéticos de la conducta (3).

Este modelo también ha sido definido como determinista. Cree que toda conducta del individuo (incluyendo valores, actitudes y respuestas emocionales) esta determinado por el medio pasado o actual. Por tanto, conceptos como culpa, respeto y dignidad se consideran irrelevantes. Según el conductismo las personas son producto de su historia de aprendizaje, no merecen crédito ni condena por sus actos. Según Skinner la conducta humana es programada y por tanto esta más allá del control del individuo (2).

Las teorías conductistas deben mucho de su existencia al trabajo de Ivan P. Pavlov (1849-1936) sobre el condicionamiento clásico y al de John B. Watson (1878-1958) sobre el aprendizaje. Su base filosófica de estas teorías, es la propuesta por John Locke (1632-1704) cuyo concepto plantea

que los seres humanos nacen sin ideas innatas, y que queda al ambiente “cincelar” conductas, pensamientos y sentimientos (3).

- CONDICIONAMIENTO CLÁSICO.

Hemos dicho anteriormente, que los psicólogos conductistas estaban interesados en describir y definir el proceso de aprendizaje. Tal vez la forma básica de aprendizaje es el condicionamiento (1),(2).

Los experimentos del fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1928) se encuentran entre los más famosos ejemplos de condicionamiento clásico. Pavlov estudiaba la secreción de los ácidos estomacales y la salivación de los perros como respuesta a la ingestión de distintas cantidades y clase de alimentos. Mientras trabajaba se percató de un fenómeno singular: algunas veces las secreciones estomacales comenzaban sin que se hubiera ingerido alimento alguno. La observación del plato de comida o hasta el sonido de los zapatos del individuo que usualmente se lo llevaba, era suficiente como para producir la respuesta fisiológica de los perros. Pavlov reconoció la implicación de este descubrimiento tan sencillo. Se dio cuenta de que los perros no solo respondían con base a la necesidad biológica (hambre), sino también como el resultado de un aprendizaje el cual se le denominó condicionamiento clásico. En el condicionamiento clásico, un organismo aprende a responder a un estímulo neutro que eventualmente no evoca esa respuesta (1),(2).

Para demostrar y analizar el condicionamiento clásico, Pavlov realizó una serie de experimentos. En uno de ellos, colocó un tubo en la glándula salival de un perro para medir la cantidad de saliva que este producía. Luego hizo sonar un diapasón y unos segundos después le mostraba la comida al perro. Pavlov repitió varias veces la asociación o apareamiento del estímulo neutro (el diapasón) con la comida. Pronto, el puro sonido bastó para que el perro salivara. El no concluyó que el perro anticipa el alimento cuando escucha el diapasón, lo que implicaría el pensamiento. Por el contrario, él y los teóricos dedujeron simplemente que el perro había sido condicionado a salivar al sonido del diapasón que recibió el nombre de estímulo condicionado (EC), puesto que ahora producía la salivación, la cual a su vez fue llamada respuesta condicionada (RC), por su asociación con un estímulo que normalmente no la produciría (1),(2).

La secuencia y el tiempo en el que se presenta el estímulo incondicionado y condicionado revisten especial importancia. Las investigaciones han demostrado que el condicionamiento tiene mayor efectividad si el estímulo neutro (el cual se convertirá en estímulo condicionado) precede al estímulo incondicionado por un lapso que oscila entre medio segundo y varios segundos, según la clase de respuesta que trate de condicionar (2).

A pesar de que los experimentos iniciales se realizaron con animales, pronto se descubrió que los principios del condicionamiento clásico explican muchos aspectos del comportamiento humano cotidiano (1).

Para averiguar como funciona el condicionamiento clásico en el hombre, Lipsitt y Kaye (1964) citados por Craig, condujeron unas investigaciones en niños de tres días de nacidos. Diez de ellos fueron designados para el grupo experimental y se les dio 20 apareamientos o asociaciones de un estímulo incondicionado (chupón) y un condicionado (sonido). La respuesta esperada succionar , era producida naturalmente por el chupón. Después de los 20 apareamientos, el grupo experimental succionaba en respuesta al sonido, mientras que el grupo control no. El estudio demuestra que en los primeros días de vida hay aprendizaje. También que el enfoque conductista puede ayudarnos a entender el desarrollo y que los estudiosos pueden investigar la habilidad infantil para procesar información sensorial mucho antes de la posesión del lenguaje, gracias a la técnica de condicionamiento clásico (2).

Las reacciones emocionales, como el miedo, también son susceptibles de condicionamiento clásico, en especial durante la niñez. Los psicólogos John B. Watson y Rosalie Raynor (1920) realizaron un experimento clásico que lo demuestra. El individuo (o sujeto) fue un pequeño de 11 meses, que fue enfrentado a una rata blanca. Al principio, no revelo temor al animal, pero como Watson hacia un ruido estridente (estímulo incondicionado) cada vez

que se lo mostraba, logro que el bebe llorara y se alejara del animal. El ruido (EI) evocaba miedo (RI). No se requirió de muchas asociaciones o apareamientos del estímulo (antes neutro) de la rata con el ruido desagradable para que el pequeño respondiera con ansiedad y miedo (respuesta condicionada) a la rata sola (estímulo condicionado). Se dijo después que se asustaba con objetos blancos y peludos. Esta extensión de la respuesta a otros estímulos similares se denomina *generalización del estímulo* (1),(2).

Klein y Mowrer (1989) citados por Feldman, explicaron como opera la generalización de estímulos en la vida cotidiana de los niños. Las batas blancas de los médicos o el olor de las medicinas despierta su miedo porque lo asocian con experiencias desagradables como las dolorosas inyecciones. Otro ejemplo sería aquel donde las personas pueden experimentar retortijones de hambre al ver el logotipo de un restaurante de hamburguesa. La causa de esta reacción es el condicionamiento clásico. Del mismo modo, puede ser que muchas personas no vayan al odontólogo con la misma frecuencia con que deberían, debido a asociaciones anteriores entre el odontólogo y el dolor. O es posible que experimente un gusto especial por el azul debido a que ese era el color de la habitación durante la infancia. De esta manera, el condicionamiento clásico explica muchas de las reacciones que tienen las personas ante estímulos del mundo que nos rodea (1).

Para revertir la asociación de un estímulo neutro, con un estado emocional desagradable (rata-ruido-miedo), el sujeto es expuesto poco a poco al estímulo antes neutro en la presencia de un estímulo condicionado opuesto, como mostrar la rata enjaulada y regalar al niño su helado favorito. Al poco tiempo de esta asociación nueva y positiva revierte el patrón de la respuesta condicionada negativa. Son dos de los procesos que actúan en el contracondicionamiento: la vieja respuesta va desapareciendo por falta de reforzamiento activo y el sujeto aprende una nueva respuesta rival por medio de condicionamiento clásico (1).

Wolpe, Salter y Reyna (1964) se han servido de la *desensibilización sistemática*, en la forma de un entrenamiento para la relajación, para tratar fobias comunes, como el miedo a volar, a los hospitales y a las figuras de autoridad, cuyos estímulos condicionados son cosas como la altura, los olores de los hospitales, los uniformes, el jefe. Se le enseña a los sujetos a relajarse profundamente e imaginar que se acercan a la situación temida. Cada vez que avisen que sienten tensión, se les pide que detengan de inmediato la fantasía y regresen al estado de relajamiento. Con sucesivas asociaciones o apareamientos, la nueva respuesta de relajación reemplaza a la vieja ansiedad, primero en la imaginación y luego con el objeto en la situación real (2).

Podemos concluir entonces, que la desensibilización sistemática es una técnica de terapia conductual que reduce gradualmente la ansiedad por

un objeto o situación particular. El objetivo de la desensibilización sistemática consiste en producir la extinción de la fobia. Por ejemplo, un terapeuta que use dicha técnica con un paciente que le tiene miedo a los perros puede exponer repetidamente al individuo a los perros, comenzando con un aspecto menos temido (una fotografía de un perro hermoso) y acercándose a los que producen más temor (como un encuentro real con un perro desconocido). Dado que las consecuencias negativas de la exposición se neutralizan, con el tiempo se extingue el miedo (1),(2).

- CONDICIONAMIENTO OPERANTE.

El condicionamiento operante describe el aprendizaje en el que una fuerza voluntaria se fortalece o debilita, según sus consecuencias sean positivas o negativas. A diferencia del condicionamiento clásico, en el que los comportamientos originales son las respuestas biológicas naturales ante la presencia de estímulos tales como comida, agua o dolor, el condicionamiento operante se aplica a las respuestas voluntarias, que son deliberadamente realizadas por un organismo con el fin de producir un resultado deseable. El término operante destaca este punto: el organismo opera en su ambiente para producir algún resultado deseable. Por ejemplo, el condicionamiento operante está en funcionamiento cuando aprendemos a trabajar con esmero, lo que puede generar un aumento salarial, o estudiar con ahínco trae consigo buenas calificaciones. Se diferencia fundamentalmente del condicionamiento clásico en que el condicionamiento operante (o conducta predominantemente

voluntaria) la conducta no puede ser provocada de manera automática, sino que debe ocurrir antes de ser fortalecida por condicionamiento, es decir, antes de que se asocie con una recompensa. Las conductas premiadas o reforzadas tienen la tendencia a recurrir (1),(2).

Edward Thorndike (1932) realizó experimentos, ahora clásicos, sobre la conducta voluntaria en gatos. Thorndike colocó un gato hambriento en una jaula y dejó un poco de alimento fuera de ella; el gato hurgaba con sus garras los costados de la jaula o intentaba salir a través de una alguna abertura. Pero la jaula fue arreglada de manera que el gato pudiera escapar si accionaba una pequeña palanca que eliminaba el cerrojo de la puerta. Al gato accionar la palanca, la puerta se abría y comía el alimento. La próxima vez que el gato fuera colocado es probable que este empleara menos tiempo para poner su pata sobre la palanca y escapar de la jaula. Después de varios ensayos, el gato pisaría deliberadamente la palanca tan pronto como lo pusieran en la jaula. Lo que habría ocurrido según Edward Thorndike es que el gato aprendió que pisar la palanca estaba asociado con la consecuencia de obtener alimento (reforzamiento en forma de comida). Thorndike resumió esta relación al formular la Ley del Efecto, que establece que las respuestas que generan satisfacción tienen más posibilidades de repetirse, lo cual no sucede con las que no la producen, teniendo menor probabilidad de repetirse. En otras palabras, las consecuencias de una conducta determinan la probabilidad de que se repita (1), (2).

Thorndike, creía que la Ley de Efecto operaba automáticamente; que no era necesario para un organismo comprender que había un nexo entre la respuesta y la recompensa. Pensaba que a lo largo del tiempo y por medio de la experiencia el organismo formaba una conexión directa entre el estímulo y la respuesta, sin tener conciencia de la existencia de dicha conexión (1).

El principal exponente del conductismo, B.F. Skinner (1904-1990), inventó un equipo especial de investigación denominado la caja de Skinner, para medir con sumo cuidado el comportamiento y reforzarlo automáticamente. La caja de Skinner, en esencia una jaula para palomas o ratas, contiene una barra metálica móvil que una vez accionada por el animal, soltaba una bolita de alimento. Con un dispositivo simple Skinner pudo medir la conducta sistemáticamente y en diferentes condiciones de reforzamiento (2). Mientras la meta de Thorndike era que sus gatos aprendieran a obtener el alimento al salir de la jaula, los animales de Skinner aprendían a obtener el alimento operando en el ambiente interno de la caja. Este último se interesó en determinar las variaciones del comportamiento como resultado de alteraciones en el entorno (1).

A Skinner, cuya labor fue mucho más allá del perfeccionamiento del aparato inicial de Thorndike, de esta forma se le considera como el padre de toda una generación de psicólogos interesados en el condicionamiento

operante. Para demostrar su contribución, describiremos lo que le ocurre a un pichón en una caja de Skinner típica (1).

Supongamos que queremos enseñar a un pichón hambriento a pisar una tecla que esta en la caja. Al principio el pichón dará vueltas alrededor de la caja, explorando el entorno de modo relativamente aleatorio. No obstante, en un momento determinado es probable que de un picotazo a la tecla por puro azar, en ese momento recibirá una bolita de alimento. La primera vez que esto ocurra el pichón no aprenderá la conexión existente entre el picotazo y recibir el alimento, y seguirá explorando la caja. Tarde o temprano el pichón vuelve a dar un picotazo a la tecla y recibirá su alimento, con el tiempo la frecuencia de la respuesta de los picotazos en la tecla se incrementara. Finalmente, el pichón dará picotazos a la tecla hasta que satisfaga su hambre, con lo que se demuestra que ha aprendido que recibir comida es contingente a ese comportamiento (1),(2).

Se encontró que las ratas, las palomas e incluso humanos eran predecibles, que seguían las leyes de la conducta, al menos en esta situación. En general, tanto en los experimentos de Skinner como en los de Thorndike, el reforzador positivo era la comida, pero en las situaciones cotidianas puede ser un gesto de aprobación, un reconocimiento, una sonrisa (2).

Skinner, emergió con un enfoque radical opuesto al desarrollado por Pavlov basado en lo observable, donde se considera que los eventos internos son innecesarios para explicar la conducta. Como se recordará, para Pavlov la conducta de los organismos consistía en respuestas automáticas a estímulos ambientales, respuestas que podían ser innatas (reflejos incondicionados) o aprendidas (respuestas condicionadas). Skinner, partiendo del reflejo de Pavlov, consideró que además de las conductas respondientes existen conductas operantes, fundamentadas en las acciones del organismo y las consecuencias que ocasionan en su medio ambiente. Lo importante, son las consecuencias que la conducta produce en su medio. El principio básico es el reforzamiento, utilizado para explicar el aprendizaje en términos de los cambios en la probabilidad de ocurrencia de una conducta (3).

El modelo característico de Skinner posee los siguientes componentes: estímulo discriminativo, respuesta del sujeto y reforzamiento. Por lo regular, el estímulo discriminativo indica al sujeto que el aprendizaje esta por comenzar; para ello sirven las luces, sonidos o palabras. La respuesta es la conducta operante efectuada (por ejemplo los picotazos a la tecla). El estímulo reforzador (la comida) es entregado ante una respuesta adecuada, aumentando la probabilidad de que se produzca una conducta operante, es decir, el sujeto tenderá a repetir la conducta deseada frente al estímulo discriminativo particular (2).

Los premios, los juguetes, los elogios, pueden servir como reforzadores, si fortalecen una respuesta, que aparece antes de su introducción. En cada caso, es de crucial importancia, que el organismo aprenda que la aparición del reforzador es contingente con la ocurrencia de la respuesta en primer lugar. Y por el otro lado la diferencia entre un reforzador primario o secundario. Un reforzador primario satisface alguna necesidad biológica y funciona de modo natural, independientemente de la experiencia de una persona. El alimento para alguien que tiene hambre, agua para el que tiene sed, el calor para el que tiene frío y alivio para el que experimenta dolor; deben clasificarse como reforzadores primarios. En contraste, un reforzador secundario es un estímulo que funciona como reforzador a consecuencia de sus asociaciones con un reforzador primario. Por ejemplo, el dinero es valioso debido a que hemos aprendido que nos permite obtener otros objetos deseables, incluyendo reforzadores primarios (alimento, abrigo); por lo tanto el dinero se convierte en reforzador secundario (1).

Lo que convierte a algo en un reforzador depende de las preferencias individuales. La única manera que podemos saber que un estímulo es un reforzador para determinado organismo o sujeto, es observar si el nivel de respuesta de un comportamiento que ocurrió previamente aumenta con posterioridad a la presentación del estímulo (1),(2).

- REFORZADORES POSITIVOS, NEGATIVOS Y CASTIGO.

En muchos aspectos, los reforzadores se pueden concebir en función de recompensas; tanto un reforzador como una recompensa incrementan la probabilidad de que se repita una respuesta previa. Pero el término recompensa se limita a los sucesos positivos, y es en este respecto en el que difiere de los reforzadores, puesto que éstos pueden ser positivos o negativos (1).

Un reforzador positivo es un estímulo que se añade al entorno y que trae consigo un incremento de respuesta precedente (1).

Por lo contrario, el reforzador negativo se refiere a un estímulo que elimina algo desagradable del entorno, lo que lleva a un aumento en la probabilidad de que la respuesta precedente ocurra de nuevo en el futuro. Por lo tanto, este reforzador le enseña a un individuo que la realización de una acción elimina un elemento negativo que existe en el entorno. Al igual que los reforzadores positivos, los negativos incrementan la probabilidad de que se repita el comportamiento precedente (1).

El reforzador negativo actúa en dos tipos importantes de aprendizaje: el condicionamiento de escape y el condicionamiento de evitación. En el condicionamiento de escape, el sujeto aprende a dar una respuesta que pone fin a una situación aversiva. En contraste, el condicionamiento de

evitación tiene lugar cuando un organismo responde a la señal de la inminente ocurrencia de un suceso desagradable de modo que se hace posible su evasión (1).

Es importante recalcar que a pesar de que el reforzador negativo consiste en un condicionamiento de escape o evitación, no es lo mismo que un castigo. El castigo se refiere a estímulos desagradables o dolorosos que disminuyen la probabilidad de que ocurra de nuevo el comportamiento precedente. En diferencia, el reforzador negativo se asocia con la remoción de un estímulo desagradable o doloroso, lo cual produce un aumento del comportamiento que puso fin al estímulo desagradable. Por ejemplo, si recibimos una descarga eléctrica (estímulo aversivo) después de determinado comportamiento, estamos recibiendo un castigo; pero si estamos recibiendo la descarga eléctrica y hacemos algo para ponerle fin, se considera que el comportamiento que le pone fin a la descarga ha sido reforzado negativamente. En el primer caso, un comportamiento específico es capaz de disminuir como consecuencia del castigo; en el segundo, es más probable que aumente debido al reforzador negativo (1).

Al castigo se le suele considerar en función de la aplicación de algún estímulo aversivo pero también puede consistir en la remoción de algo positivo (1).

Reforzar el comportamiento deseable es una técnica más apropiada que castigar para modificar el comportamiento; debido a que el castigo frecuente no resulta efectivo, en particular si el castigo no se aplica poco después de que el individuo exhibe el comportamiento indeseable, o si el sujeto es capaz de retirarse del entorno en el que se administra el castigo. Por lo tanto, el comportamiento inicial causante del castigo puede ser reemplazado por otro aún menos deseable (1).

Otra desventaja del castigo es que a menos que logre hacer que las personas que están siendo castigadas entiendan la razón para éste (es decir, que el castigo tiene como objetivo la modificación del comportamiento y que es independiente de la concepción que tienen aquellos individuos encargados de su aplicación); el castigo podría provocar una disminución de la autoestima (1).

El castigo no trasmite información alguna acerca de cual puede ser un comportamiento alternativo más adecuado o apropiado. Para que sirva en la generación de un comportamiento más deseable en el futuro, el castigo debe ir acompañado de información específica, acerca del comportamiento que se está castigando, junto con sugerencias específicas respecto a un comportamiento más deseable. Si el castigo no es seguido por reforzamiento del comportamiento subsiguiente que resulte más adecuado, poco será lo que se logre (1).

El castigo físico puede generar en quien lo recibe la idea de que la agresión física es algo permisible e incluso deseable. De la misma manera este tipo de castigo, a menudo lo administran personas que se encuentran enojados o iracundos. Es poco probable que individuos en semejante estado emocional sean capaces de pensar bien lo que están haciendo o de controlar con cuidado el grado de castigo que están aplicando. Por último, aquellos que recurren al castigo físico corren con el riesgo de despertar temor y de reforzar su propia conducta de castigador (1).

- DISCRIMINACIÓN Y GENERALIZACIÓN EN EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE.

El proceso mediante el cual las personas aprenden a distinguir estímulos, se conoce como entrenamiento de control de estímulos. Donde se refuerza un comportamiento en presencia de un estímulo específico, pero no en su ausencia. Para entender en que consiste este entrenamiento, pondremos como ejemplo una de las discriminaciones más difíciles a las que se enfrentan las personas, la cual consiste en determinar en que momento la amistad de alguien no es solo amistad, sino el indicio de un interés romántico. Las personas aprenden hacer esa discriminación mediante la observación de diversas claves, no verbales, de carácter sutil (mayor contacto visual, contacto corporal frecuente) que indica interés romántico. Cuando tales claves están ausentes, las personas saben que no existe dicho

interés. En este caso, las claves no verbales actúan como estímulos discriminativos, a los que el organismo aprende a responder durante en entrenamiento de control de estímulos. Un estímulo discriminativo señala la probabilidad de que una respuesta sea seguida por reforzamiento. Por ejemplo, si usted espera hasta que su hermano este de buen humor antes de pedirle algún objeto prestado, se puede decir que su comportamiento actúa bajo el control de estímulos en virtud de que usted puede discriminar entre sus estados de ánimo (1).

El fenómeno de generalización, en el que un sujeto aprende a responder a un estímulo y luego aplica esta respuesta a otros estímulos, también se encuentra en el condicionamiento operante (1).

- MODELAMIENTO (o Conformación según Drash)

Es el proceso de enseñanza de un comportamiento complejo mediante la recompensa ante aproximaciones cada vez más cercanas al comportamiento deseado. En el modelamiento, cualquier comportamiento que sea similar al que se desea que aprenda el sujeto al principio tiene refuerzo. Más tarde solo se refuerza las respuestas que se acercan más al comportamiento que se desea enseñar. Por último, se aplica reforzamiento solo ante la respuesta deseada. Del mismo modo, cada uno de los pasos del modelamiento va un poco más allá del comportamiento previamente

obtenido, lo que permite que la persona relacione el nuevo paso con el comportamiento aprendido con anterioridad (1).

En los años noventa, este proceso de enseñanza se llamo análisis conductual, el cual consiste en un estudio sistemático y la aplicación de los principios del condicionamiento operante. Se han establecido numerosos programas terapéuticos y educativos para entrenar y reentrenar a individuos en comportamientos más deseables o apropiados. Los programas que conforman la conducta humana con fines terapéuticos reciben el nombre de modificación conductual (2).

El modelamiento permite incluso a los animales, el aprendizaje de respuestas complejas, lo que nunca aprenderían de forma natural, respuestas que van desde leones entrenados que saltan aros hasta delfines entrenados para rescatar personas que se han perdido. De la misma manera, el modelamiento subyace al aprendizaje de gran cantidad de habilidades humanas complejas. Por lo general, la información se presenta de modo tal que el nuevo material se apoya en conceptos o habilidades aprendidas con anterioridad (1).

1.2.2. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

- CONDUCTISMO SOCIAL

Los teóricos del aprendizaje social han ampliado el alcance de la teoría del aprendizaje para explicar modelos sociales complejos y han ido más allá del proceso, en apariencia automática del condicionamiento. Uno de los líderes, Albert Bandura, hace énfasis en la interacción social y en las variables cognoscitivas que influyen sobre la conducta explícita. Se propone construir una teoría comprensiva de la conducta sustentada en evidencias empíricas consistentes. A. Bandura, objeta las explicaciones acerca de la conducta que se centra en causas internas (como las teorías dinámicas) ó en las causas externas (como el conductismo tradicional). La conducta no depende únicamente de fuerzas internas ni de factores ambientales controlantes; tampoco el organismo reacciona automáticamente ante su medio ambiente. Existe una interacción recíproca entre la conducta, los factores ambientales controlantes y los procesos cognoscitivos reguladores. La teoría destaca el papel de los procesos cognoscitivos y de autorregulación y de la capacidad del hombre para representar simbólicamente sus acciones y anticipar las consecuencias probables (3).

En otras palabras, A. Bandura señala que en la vida diaria la gente advierte las consecuencias de sus actos (que saben que acciones logran un resultado y cuales fallan) y ajusta su conducta en consecuencia. Al observar

esas consecuencias de la respuesta consiguen información, incentivos y reforzamiento consciente. Pueden elaborar hipótesis sobre comportamiento adecuados para circunstancias específicas y anticipar que podría resultar de ciertos actos (2).

La concepción acerca de la conducta redundante en una explicación diferente respecto al proceso de aprendizaje y sus determinantes. La fuente básica de adquisición de la conducta, es la observación de las acciones de un modelo el cual es reforzado o castigado. El aprendizaje no se basa en experiencias directas sino en procesos vicarios integrados como funciones cognoscitivas, como atención, retención, codificación y representación. Son relevantes las funciones intrínsecas del refuerzo, con su carácter de incentivo, el auto-reforzamiento y la producción de hipótesis cognoscitivas para ser rechazadas o confirmadas. Consecuentemente, la conducta puede estar bajo el control de los estímulos externos o del refuerzo, pero también es regulada por sus consecuencias y las capacidades cognoscitivas del ser humano (3). A diferencia de los teóricos del aprendizaje más mecanicistas, los del aprendizaje social conceden al pensamiento consciente una mayor función en la conducción de la conducta (2).

Tal como se aprende por la experiencia directa a las consecuencias de la conducta propia, también se aprende observando al comportamiento de otro y sus consecuencias. De la misma manera, las personas extraen principios básicos de sus observaciones y formula reglas de acción y

conducta. Todos aprendemos una amplia variedad de conductas atendiendo e imitando (o evitando) lo que otros hacen en nuestro entorno (2).

A. Bandura (1986), amplió y actualizó su teoría del aprendizaje social, a la que ahora llama Teoría Social Cognoscitiva. La cognición se refiere al pensamiento, y el cambio de nombre refleja el nuevo enfoque en que el pensar forma parte del aprendizaje. Los teóricos del aprendizaje social siguen hablando de premios y castigos, pero reconocen que los niños observan su propia conducta, la de los demás y las consecuencias, que pueden anticipar basados en los hechos del pasado. Forman opiniones acerca de ellos mismos y de los otros y se conducen en forma consistente. Este cambio de punto de vista ha llevado a los psicólogos lejos del estudio de la pura conducta observable, lo que los acerca a los teóricos de la cognición (2).

1.2.3. ENFOQUES COGNITIVOS DEL APRENDIZAJE

Es evidente que no todo el aprendizaje se debe al condicionamiento clásico u operante. De hecho casos como aprender a conducir un vehículo, implica que algunos tipos de aprendizaje deben llevarse a cabo por medio de procesos de orden superior en los que los pensamientos y recuerdos de las personas y la forma en que procesan la información explican sus respuestas. Estas situaciones argumentan en contra de una perspectiva que considera al aprendizaje como la adquisición irreflexiva, mecánica y

automática de asociaciones entre estímulos y respuestas, como el condicionamiento clásico. O que puede ser una consecuencia de la presentación de un reforzamiento, como el condicionamiento operante (1).

Por esto, algunos psicólogos conciben el aprendizaje en función de procesos de pensamiento o cogniciones subyacentes. Aunque estos psicólogos no niegan la importancia del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, han desarrollado perspectivas que se enfocan en los procesos mentales no percibidos que tienen lugar durante el aprendizaje, en lugar de concentrarse en *estímulos externos, respuesta y reforzadores* (1).

En su declaración más sencilla, la teoría cognitiva del aprendizaje sugiere que no es suficiente afirmar que las personas presentan respuestas como consecuencia de que existe un lazo supuesto entre el estímulo y una respuesta debido a una historia previa de reforzamiento para la respuesta. En lugar de esto, de acuerdo con esta perspectiva, las personas e incluso los animales desarrollan la expectativa de que recibirán un reforzamiento al presentar la respuesta (1).

- APRENDIZAJE LATENTE

Es un tipo de aprendizaje cognitivo; donde se aprende un nuevo comportamiento pero no se demuestra hasta que se ofrece o se proporciona un reforzamiento para exhibirlo (2).

Las personas desarrollan mapas cognitivos (una representación mental de lugares y direcciones espaciales) de lo que las rodea con base principalmente de señales específicas. Cuando se enfrentan por primera vez a un ambiente nuevo, sus mapas tienden a basarse en rutas determinadas, tales como las indicaciones que le podamos dar a alguien que no conozca un área. Sin embargo, a medida que las personas se familiarizan con un área, desarrollan una concepción general de ella: un mapa cognitivo (2).

Por ejemplo, si se piensa en los resultados del laberinto de Tolman donde los psicólogos examinaron el comportamiento de las ratas dentro de un laberinto. En este experimento representativo, se permitió que un grupo de ratas deambularan por el laberinto una vez al día durante 17 días sin recibir recompensa alguna. Como era de esperarse, estas ratas cometieron muchos errores e invirtieron tiempo para llegar al final del laberinto (2).

No obstante, a un segundo grupo siempre se le dio alimento al final del laberinto. No resulta sorprendente que estas ratas aprendieran a correr rápido, directo a la caja con comida, cometiendo menos errores. A un tercer grupo de ratas se les aplicó la misma situación que las ratas sin recompensa, pero solo a lo largo de los diez primeros días. En el decimoprimer día se le dio alimento a las ratas del este grupo cuando finalizaban el recorrido del laberinto. Las ratas que durante diez días no tuvieron recompensa, que parecían haber deambulado sin objetivo, redujeron el tiempo de recorrido

como los errores, de tal manera que su desempeño igualó casi de inmediato a las del grupo que recibió recompensa desde el principio (1).

Estas ratas que no recibían recompensa habrían aprendido la disposición del laberinto durante sus exploraciones previas, sólo que no exhibieron su aprendizaje latente sino hasta que se les ofreció un reforzamiento (comida). Las ratas parecían haber desarrollado un mapa cognitivo del laberinto: una representación mental de ubicaciones y direcciones espaciales (1).

La posibilidad de que desarrollemos nuestros mapas cognitivos a través del aprendizaje latente presenta un problema para los teóricos ortodoxos del condicionamiento operante. Por lo anteriormente, expuesto no queda claro cuál fue el refuerzo específico que permitió a las ratas que no recibieron recompensa aprender desde un principio la disposición de laberinto, puesto que no había ningún reforzador obvio presente. En lugar de ello, los resultados apoyan una teoría cognitiva del aprendizaje, en la cual este último puede haber sido el resultado de cambios en procesos mentales no observables (1).

- APRENDIZAJE OBSERVACIONAL (Imitación o Modelamiento)

De acuerdo con el psicólogo Albert Bandura y sus colegas, gran parte del aprendizaje humano se basa en el aprendizaje observacional ó imitación; al que definen como un aprendizaje a través de la observación del

comportamiento de otra persona al que llaman modelo. Estos demostraron la capacidad de los modelos para estimular el aprendizaje (1), (2).

Este aprendizaje tiene lugar en cuatro pasos, según Bandura: 1) prestar atención y percibir las características más importantes del comportamiento de la otra persona, 2) recordar el comportamiento, 3) reproducir la acción y 4) estar motivado para aprender y ejecutar el comportamiento. Por lo tanto, en lugar de que el aprendizaje ocurra a través de ensayo y error, en donde se refuerza el éxito y se castiga el fracaso, muchas habilidades de importancia se aprenden a través de procesos observacionales (1).

El aprendizaje observacional es de especial importancia para adquirir habilidades para las que el modelamiento (o conformación según Drash) resulta inadecuado. Pilotear un avión y realizar cirugías cerebrales, por ejemplo, difícilmente son comportamientos que puedan aprenderse mediante métodos de ensayo y error sin incurrir en costos graves, en sentido literal, para quienes están involucrados en ese tipo de aprendizaje (1).

Evidentemente que no todos los comportamientos de que somos testigos son aprendidos o ejecutados. Un factor decisivo que determina si vamos a imitar más tarde a un modelo son las consecuencias de su comportamiento. Los modelos que reciben recompensas por comportarse de modo determinado tienen más probabilidades de ser imitados que aquellos

que reciben castigos. Sin embargo, es interesante el hecho de ver que si se castiga a un modelo no necesariamente evita que los observadores aprendan el comportamiento. Estos todavía son capaces de relatar el comportamiento del modelo, pero lo que ocurre es que tienen menos probabilidades de ejecutarlo (1).

- TEORIAS COGNOSCITIVAS

En contraste con los primeros teóricos del aprendizaje, que veían a los seres humanos como máquinas pasivas operadas por el ambiente, las teorías cognoscitivas los consideran racionales, activos, alertas y competentes. Conforme con sus teóricos, los hombres no solo reciben información, sino que también la procesan. Cada quien es el pensador y creador de su realidad. Aparte de responder a los estímulos, las personas les dan estructura y sentido. Para la mayoría de estos estudiosos, el desarrollo consiste en estructuras mentales en evolución (o formas de procesar información) que en parte están genéticamente pre-programadas y basadas en la madurez. Por lo tanto, estudian las transformaciones relacionadas con la edad (o cualitativas) de la conducta que acontecen conforme al sujeto crece y madura; y en general lo realizan observando la solución de problemas durante los puntos de transición del desarrollo (2).

Algunos teóricos sostienen que los niños son incapaces de comprender ciertas ideas acerca del mundo hasta que alcanzan una etapa

específica de desarrollo cognitivo; lo que se define como el proceso por medio del cual cambia la comprensión del mundo por parte del niño en función de su edad y su experiencia. Las teorías del desarrollo intentan explicar los avances cuantitativos y cualitativos en el área intelectual que se dan durante el desarrollo (1).

Aunque los teóricos de la cognición aparecieron relativamente hace poco en la escena de la psicología estadounidense, sus raíces europeas son viejas. La tradición racionalista respeta la mente y sus principios organizativos. Los teóricos del aprendizaje (incluyendo a Watson) advertían a los psicólogos que ignoraran los conceptos mentales porque no pueden ser observados científicamente. Los teóricos de la cognición, que de alguna manera ignoran la conducta y han despertado interés en la mente (2).

Para el psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980) la mente, al igual que cualquier estructura viva, no solo responde a los estímulos, sino que crece, cambia y se adapta al mundo. Piaget y otros, entre ellos Jerome Bruner y Heinz Werner, han sido llamados estructuralistas porque se ocupan de la estructura del pensamiento y de la forma en que la mente procesa la información. El interés de Piaget en la mente era sobre todo biológico y luego fisiológico. Su teoría epistemológica genética integraba biología y epistemología (el campo de la filosofía que estudia los orígenes del conocimiento) con lo que devolvió el modelo biológico a la psicología (2).

Las investigaciones de Piaget partieron de su trabajo en el laboratorio de Simon y Binet en París, donde colaboró en el desarrollo de versiones estandarizadas de las pruebas para determinar la inteligencia infantil, que estos habían elaborado por comisión del gobierno francés. Al estudiar a los escolares, Piaget se fue sintiendo menos interesado en las respuestas correctas y más en los patrones que encontró en las incorrectas, que parecían dar clave del desarrollo de los procesos de pensamiento en los niños. Postuló que las diferencias entre estos y los adultos no se limitaban a qué tanto sabían, sino que también incluían el modo en que sabían; que las diferencias que separan el pensamiento de los niños y los adultos son tan cualitativas como cuantitativas. Fue en ese momento cuando Piaget empezó a discrepar del acercamiento cuantitativo (pruebas de coeficiente intelectual) a la inteligencia (2).

Piaget y sus colegas, creían que las conductas estandarizadas suelen conducir a respuestas estereotipadas y sin interés. Planteó en cambio el empleo de técnicas clínicas o entrevistas, que piden al niño que conteste preguntas o manipulen materiales. Este acercamiento revela los procesos de pensamiento utilizados para responder, antes que el conocimiento acumulado. Piaget concluyó de las entrevistas que es posible emplear modelos lógicos para describir el desarrollo de los procesos integrados del pensamiento infantil (2).

Para ilustrar su teoría, Piaget dispuso de su famoso experimento para probar la conservación, que era su término para la conciencia de que las cantidades físicas se mantienen constantes a pesar de sus cambios de forma y apariencia. Así mostraba a un niño dos vasos con la misma cantidad de líquido. Luego de que este aceptaba el hecho, Piaget vaciaba el contenido de uno de ellos en un vaso alto y estrecho y le preguntaba cuanto líquido había en el tercer vaso (más, menos o el mismo); la mayoría de los niños de seis años ó más respondían que el mismo, pero los menores decían que contenía más, aún si presenciaban el vaciado del líquido de un vaso al otro o viceversa (2).

Piaget razonó que mientras no alcancen cierta edad, los niños basan sus juicios más en procesos perceptuales que en los lógicos. Para los pequeños, como el líquido subía más en el vaso alto, debía contener más. Por otro lado, los de seis años apenas miraban los vasos sabían que la cantidad de líquido es la misma sin que importe el tamaño o la forma del vaso. No basaban su juicio en la sola percepción sino que también empleaban la lógica; y su conocimiento provino de su interior como de las fuentes externas (2).

Según Piaget, la mente no es una hoja en blanco en donde se registra el conocimiento ni un espejo que refleje lo que percibe. Si la información, percepción o experiencia que enfrenta el individuo se ajusta a una estructura de su mente, la entiende, la asimila. En otro caso, la mente la rechaza (o si la

estructura esta lista para transformarse, se cambia para dar acomodo a la información o la experiencia). Siempre de acuerdo con Piaget, la asimilación consiste en el proceso de convertir la nueva información en parte de los esquemas presentes. Por otro lado la acomodación se refiere al acto de transformar nuestros procesos de pensamiento cuando un nuevo objeto o idea no se ajusta con nuestros conceptos (2).

Piaget empleó el término esquema para designar a la estructura mental que procesa información, percepciones y experiencias; los esquemas del individuo cambian conforme crece y aprende más. Hay dos tipos de esquema: los sensoriomotores, o acciones, y los cognoscitivos, que son como conceptos. Ajustamos nuevos esquemas para acomodar nueva información, pero a la vez asimilamos conocimientos nuevos en los esquemas viejos (2).

La mente siempre trata de encontrar un balance entre asimilación y acomodación para eliminar inconsistencias o brechas entre la realidad y su representación. Este balance, llamado equilibrio, es fundamental para la adaptación del hombre, y de hecho, para toda la adaptación biológica. Por tanto, puede definirse como el proceso básico de la adaptación con el cual el individuo busca el ajuste entre el ambiente y sus propias estructuras de pensamiento. Para Piaget, el crecimiento de la inteligencia es un ejemplo importante de adaptación biológica. El pensaba que las funciones invariables

de adaptación, asimilación y acomodación forman la base de la adecuación intelectual al ambiente que ha permitido sobrevivir a nuestra especie (2).

- ETAPAS DE PIAGET DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO

Ninguna teoría de desarrollo cognitivo ha tenido más impacto que la de Piaget. En 1970, este sugirió que los niños del todo el mundo pasan a través de una serie de cuatro etapas en un orden fijo. Sostiene que estas se diferencian no solo en cuanto a cantidad de información adquirida en cada etapa, sino también en la calidad del conocimiento y la comprensión de la etapa. Desde un punto de vista interaccionista, Piaget sugiere que el paso de una etapa a la otra ocurre cuando el niño alcanza un nivel apropiado de maduración y se le ha expuesto a tipos relevantes de experiencias. Sin estas experiencias, se asume que los niños son incapaces de alcanzar su nivel máximo de desarrollo cognoscitivo (1).

Para Piaget, el proceso de desarrollo intelectual procede de la siguiente manera: los esquemas se organizan en operaciones, que se combinan para formar etapas cualitativamente diferentes de crecimiento cognoscitivo. Conforme el ser humano se desenvuelve, utiliza esquemas más complejos para organizar la información y entender el mundo externo. Este desarrollo ocurre en cuatro períodos o etapas discretas cualitativamente diferentes, que él llamó: etapa sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años aproximadamente), la pre-operacional (de los 2 a los 7 años), la de las

operaciones concretas (desde los 7 a los 11 años) y la de las operaciones formales (de los 12 años en adelante) (1), (2).

Por comparación, los infantes usan pocos esquemas, muchos de los cuales requieren de acciones como mirar, agarrar o masticar. Es por ello que Piaget llamo al primer período *etapa sensoriomotora*, porque la inteligencia infantil se apoya en los sentidos y en los movimientos corporales de equilibrio (2).

El segundo periodo, *pre-operacional*, comienza casi al tiempo en que el niño empieza a hablar. Durante esta etapa pre-operacional, los niños aprenden acerca del mundo principalmente por sus propias acciones. No sustentan amplias teorías generales acerca de apilar bloques, los perros o las abuelas, pero se sirven de experiencias cotidianas para construir conocimiento específico. Los niños de esta edad no generalizan conjuntos de objetos (ejemplo, el conjunto de todas las abuelas) ni pueden seguir las consecuencias de una cadena de acontecimientos. Al mismo tiempo, no advierten la diferencia entre el símbolo y el objeto que representa. Al inicio de esta etapa, toman los nombres tan en serio que no pueden separar su significado literal de lo que connotan. Al final de esta etapa, los niños han aprendido que el lenguaje es arbitrario y que las palabras pueden designar un objeto u otro (2).

En la etapa de las *operaciones concretas*, los niños comienzan a pensar lógicamente. Clasifican cosas y manejan jerarquías de ordenamientos. Entienden los conceptos matemáticos y el principio de conservación. Durante esta etapa, el niño domina estas operaciones lógicas conforme su pensamiento se aproxima al del adulto (2).

El último periodo en la teoría de Piaget es la etapa de las *operaciones formales*. Los adolescentes pueden explotar todas las soluciones lógicas de los problemas, imaginar en contra de los hechos, pensar realísticamente en el futuro, formar ideales y entender metáforas que no están al alcance de los niños. El pensamiento operacional formal ya no requiere de vínculos con los objetos físicos o acontecimientos reales. Permite formular por primera vez preguntas de “que pasa si” y ponerse en el lugar de los demás para asumir sus roles e ideales (2).

- TEORIA DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Piaget tiene muchos críticos, entre ellos, los que propugnan la teoría del procesamiento de información. Son psicólogos de la cognición en tanto que estudian el pensamiento y la mente; pero a diferencia de él, se muestran escépticos ante una teoría que se basa en etapas cualitativamente diferentes. Creen que el desarrollo del hombre es un proceso continuo (incluyendo la cognición) y no uno discreto. Como los teóricos del aprendizaje intentan elaborar una ciencia de la conducta humana. Desean

identificar procesos básicos, como la percepción, la atención, la memoria y describir con exactitud su funcionamiento (2).

Procesamos información todo el tiempo. Atendemos selectivamente a algo, que entonces almacenamos para posterior referencia. Muchos de estos teóricos han acudido a la computadora como analogía al cerebro humano. La computadora posee *hardware* (la propia computadora) y un *software* (los programas con las instrucciones para su operación). La mente también tiene un “*hardware*” (las células y órganos del cerebro) y “*software*” (las estrategias aprendidas para procesar información). La computadora procesa las entradas (*input*), ejecuta ciertas operaciones y sale, o genera resultados (*output*). A su vez, la mente atiende selectivamente y percibe, asocia, calcula, ejecuta cualquier otra operación sobre la información. De rutina la información se almacena en la memoria y se recupera más adelante. Por último, genera la “salida” en forma de respuestas (palabras, actos) (2).

Algunos estudiosos del proceso de información han dirigido su atención a los niños para estudiar cómo se desarrollan estos procesos. En particular, se han interesado en la actividad cognoscitiva que denominan *codificación*; el cual se define como el proceso de identificar los aspectos claves de un objeto o suceso para formar una representación interna de él. Esta representación interna es como la imagen mental de Piaget. Otro término es la *recuperación*, que se define como el proceso mediante el cual recobra la información almacenada en la memoria (2).

Según Piaget, el niño es un “científico activo” que interactúa con su medio y elabora estrategias de pensamiento cada vez más complejas; pero este niño parece actuar a solas al resolver los problemas. De cualquier modo, los teóricos sociales recalcan cada vez más que el niño es un ser social que juega y habla con otros y aprende de ello. Tal vez en el laboratorio del psicólogo el niño resuelve solo los problemas que le plantean los investigadores. Pero afuera pasan por los hechos reales en compañía de adultos y compañeros mayores y más experimentados que les traducen los acontecimientos o les dan sentido. Así, el desarrollo cognoscitivo del niño es una iniciación durante la cual aprende y práctica guiado por compañeros conocedores (padres, maestros, hermanos) que, de hecho, provocan un desequilibrio en su pensamiento que lo impulsa a la adopción de modelos de pensamiento más complejos (2).

Por otro lado, Vygotsky citado por Craig, no solo estaba interesado en el desarrollo de la mente en un contexto social, sino también en el desenvolvimiento histórico del saber y el entendimiento de la comunidad. Trato de incorporar los aspectos de la sociología, la antropología y la historia para avanzar en la comprensión del desarrollo individual. Concluyó que solo le damos sentido al mundo aprendiendo los significados compartidos con los demás. Todos juntos los componemos y los transferimos de generación en generación (2).

Lo anteriormente expuesto es cierto para pequeñas cosas como aprender a cocinar o practicar deportes con el estilo de cada cultura particular. Es cierto que también para los asuntos más complicados, como el aprendizaje sistemático de historia, matemáticas, literatura y costumbres. Conseguimos entendimiento y habilidad gracias ante todo a la práctica con estudiantes más avanzados que no sólo nos permiten participar, sino que también nos conducen, lo que nos traslada a entender cada vez mas nuestro mundo y a desarrollar un creciente número de habilidades (2).

Vygotsky, definió dos niveles de desarrollo cognoscitivo. El primero de los niveles es el nivel actual del niño, determinado por su capacidad de resolver a solas. El segundo es su nivel potencial, determinado por la clase de problemas que puede resolver guiado por un adulto o compañero más capaz. A la distancia entre estos dos niveles la llamo zona de desarrollo proximal (2).

Para este académico y sus colaboradores, el desarrollo cognoscitivo esta infundido en la vida social y los contextos culturales. El niño de la mejor ejecución demuestra que lo que sabe proviene de la colaboración de compañeros más componentes o adultos. Barbara Rogoff (1990), define este proceso como “aprendiz del pensar”. A los niños y otros estudiantes sin experiencia se les permite la participación guiada en actividades culturalmente valiosas. Los cuidadores y compañeros estructuran la participación de los niños y los apoyan y retan. Expanden los puentes

entre el entendimiento actual y las habilidades u los entendimientos nuevos, lo que incrementa paso a paso su participación y responsabilidad (2).

Los teóricos de la cognición critican las teorías del aprendizaje. Piensan que la práctica repetida y el reforzamiento son demasiado simplistas para explicar mucho del pensamiento y el entendimiento del hombre. Según las teorías cognoscitivas, cuando las personas resuelven problemas lo hacen motivadas por su propia y básica competencia, no por un mero reforzamiento entre estímulo y el pensamiento (2).

Estos teóricos respetan la racionalidad humana y proyectan un optimismo que no esta en las teorías del aprendizaje. Consideran a los humanos seres integrados que pueden planear y pensar en sus problemas. Asimismo, creen en el entendimiento, las creencias, las actitudes y los valores tienen una importante función en la conducta (2).

Las teorías cognoscitivas han sido aplicadas con amplitud a la educación. En especial, han sido útiles para que los educadores planifiquen la instrucción de modo que se ajuste a la etapa de desarrollo de los niños. Les interesa ante todo el desarrollo intelectual. Algunas áreas claves que aún quedan por investigar están en el desarrollo social, emocional y de la personalidad. Los teóricos atienden generalmente el desarrollo de las actividades preceptuales, lenguaje y el pensamiento complejo, y todavía no

exploran las posibilidades del individuo para la dependencia, la crianza, la agresión y la sexualidad (2).

1. 2. 4. PERSPECTIVA PSICOANALITICA

La perspectiva psicoanalítica está relacionada con las fuerzas inconscientes que motivan el comportamiento humano. A comienzos del siglo XX, Sigmund Freud, un médico vienés, desarrollo el psicoanálisis, un enfoque terapéutico cuyo objeto era ofrecer a los pacientes una imagen de sus conflictos emocionales inconscientes. Formulando preguntas diseñadas para evocar los recuerdos largamente olvidados, Freud concluyó que la fuente de los trastornos se encuentra en las experiencias traumáticas reprimidas de la infancia temprana. La perspectiva psicoanalítica ha sido ampliada y modificada por otros teóricos y profesionales como Eric H. Erikson (4).

- DESARROLLO PSICOSEXUAL

Freud afirmó que la personalidad se forma en los primeros años de vida cuando los niños enfrentan conflictos inconscientes entre sus impulsos biológicos innatos y las exigencias de la sociedad. Planteó que estos conflictos ocurren en una secuencia invariable de etapas de desarrollo psicosexual basadas en la maduración, en las cuales el placer se desvía de una zona corporal a otra: de la boca al ano y luego a los genitales. En cada etapa, el comportamiento, que es la fuente principal de gratificación

cambia: de la alimentación a la defecación y eventualmente a la actividad sexual (4).

Se había concentrado en las emociones humanas y de la mente inconsciente como determinante de la conducta. Él creía que las fuerzas primarias detrás del comportamiento humano son impulsos animales biológicos, incluyendo el sexo y la agresión. Freud buscaba en la infancia la clave de la naturaleza subterránea de la personalidad (2).

Según Freud, las necesidades instintivas de los organismos son en esencia “asociales”. Sin embargo, como necesidades y objetivos se hallan sobre todo en el mundo externo, social, el individuo debe adaptarse a la sociedad. Sin embargo, esa adaptación suele tener un precio, como ansiedad o neurosis. La teoría psicoanalítica postula que los fracasos tempranos en la adaptación tienen resultados duraderos. Por ello, este enfoque se concentra en la historia temprana de desarrollo del individuo; la época entre el nacimiento y los cinco años (2).

Conforme con la teoría freudiana, durante esa época aparece mucho de la personalidad del individuo. El neonato es puro *ello*, el componente primitivo y hedónico de la personalidad. El *ello* (una fuente de motivación y deseos presentes en el nacimiento) se basa en el principio del placer, es decir, que fuerza al individuo a la búsqueda de gratificación constante e inmediata de

los impulsos. El yo, que representa la razón o sentido común, se desarrolla durante el primer año de vida; su objetivo es encontrar formas realistas para gratificar al ello que sean aceptables para el superyó. Acorde el niño madura biológicamente, se desarrolla el ego, que se basa en el principio de la realidad, el contacto racional con el mundo exterior; así el ego lleva al individuo a conformarse con las reglas de la sociedad y a aprender a diferenciar la gratificación en aras de metas sociales más amplias. Por ultimo, entre los cinco y seis años aparece el superyó o la conciencia (e incorpora el sistema de valores propio del niño, los “debes” y “no debes” socialmente aprobados), siempre en conflicto con el ello mientras el ego intenta lograr un sentido del equilibrio para la personalidad (2), (4).

De las cinco etapas de desarrollo descritas de la personalidad, Freud considera fundamentales las tres iniciales: la etapa oral es la primera y acontece en la primera infancia; la boca del bebe es el centro de estimulación sensual y de placer. Mas adelante, durante la etapa anal (uno a tres años) y la fálica (tres a cinco años), el foco de placer se desplaza de la boca a la región genital; aquellas correspondientes a los primeros años de vida (mucho antes de la pubertad), el niño concentra su placer en zonas erógenas del cuerpo o focos de placer. Freud planteó que los niños que reciben demasiada frustración o gratificación en cualquiera de estas etapas psico-sexuales están en riesgo de una fijación, es decir, una detención en el desarrollo que puede manifestarse en la adultez. Por ejemplo, si los padres

son muy estrictos con las fallas en el control de esfínteres durante la etapa anal, el niño puede convertirse en un adulto compulsivamente pulcro y sobre-controlado (2),(4).

Según Freud, un evento clave en el desarrollo psico-sexual tiene lugar durante la etapa fálica de la infancia temprana, cuando la zona de placer pasa a los genitales. Los niños desarrollan un apego sexual hacia sus madres (el complejo de Edipo) y las niñas hacia sus padres (el complejo de Electra) y tienen impulsos agresivos hacia el progenitor del mismo sexo, a quien consideran un rival. El niño descubre que la niña no tiene pene, supone que le fue cortado y se preocupa porque su padre vaya castrarlo a él también. La niña experimenta lo que Freud denominó envidia del pene y culpa a su madre por no tener uno (4).

Los niños resuelven esta ansiedad identificándose con el progenitor del mismo sexo y avanzan a la relativamente tranquila etapa de latencia de la infancia intermedia. Socializan, desarrollan actividades, aprenden sobre ellos mismos y sobre la sociedad. La etapa final, la etapa genital perdura a lo largo de la adultez. Los cambios físicos de la pubertad despiertan nuevamente la libido, energía que alimenta el interés sexual. Los impulsos sexuales de la etapa fálica, reprimidos durante la etapa de latencia, afloran nuevamente para fluir a través de canales socialmente aceptados, los cuales

fueron definidos por Freud como relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia de origen (4).

Las etapas oral, anal y fálica son parte de un periodo pre-genital, en el que los impulsos sensuales y sexuales del niño aún no están dirigidos a la reproducción. La etapa de latencia (de los seis a los doce años) es un tiempo de relativa calma en la que predominan amistades del mismo sexo y cuyo objetivo es la adquisición de conocimientos y habilidades. Al final del proceso de desarrollo de la personalidad está la etapa genital, que comienza con la adolescencia. A causa de la maduración biológica, los viejos sentimientos sexuales resurgen con impulsos físicos más fuertes. La meta de esta etapa es el establecimiento de la sexualidad adulta y un balance maduro entre amor y trabajo (2).

La teoría de Freud realizó aportes históricos, y varios de sus temas principales han sido validados por la investigación. Freud hizo que se percataran de la importancia de los pensamientos, sentimientos y motivaciones inconscientes; del papel de las experiencias de la infancia sobre la personalidad en formación; de la ambivalencia de las respuestas emocionales, especialmente en los padres; y de la forma en que las imágenes mentales de las relaciones tempranas afectan a las posteriores (Westen, 1998). También nos abrió los ojos ante la presencia del nacimiento de los deseos sexuales. A pesar de que muchos psicoanalistas rechazan

actualmente su énfasis en los impulsos sexuales y agresivos, su método psicoanalítico influyó considerablemente en la psicoterapia moderna (4).

Aunque las teorías de Freud fueron revolucionarias por su enfoque de la mente inconsciente, los neo-freudianos, en especial Erick Erikson, rechazan a la maduración psico-sexual como determinante principal de la personalidad (2).

- DESARROLLO PSICOSOCIAL.

Eric Erikson (1902-1994), un psicoanalista alemán, cuya amplia experiencia personal y profesional lo llevó a modificar la teoría freudiana enfatizando la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad (4).

Mientras que Freud sostuvo que las experiencias de la infancia temprana dan forma permanente a la personalidad, Erikson argumentó que el desarrollo del yo es vitalicio. La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson cubre ocho etapas a lo largo del ciclo vital. Cada etapa incluye una “crisis” de la personalidad, un aspecto substancial del desarrollo que es particularmente importante en ese momento y continuará siéndolo en cierto grado durante el resto de la vida. Las crisis que ocurren de acuerdo con un tiempo de

maduración, deben ser resueltas satisfactoriamente para el sano desarrollo del yo (4).

Erikson creía que Freud se dirigía a los extremos de la conducta; él pensaba que el desarrollo del individuo ocurre en diversas etapas, muchas de las cuales corresponden a las de Freud. No obstante su modelo es psicosocial, no psico-sexual. Es decir, Erikson consideraba que la personalidad surge de la manera en que se resuelven los conflictos sociales durante puntos de interacción claves en el desarrollo. Y aquí difiere del énfasis de Freud en la maduración psico-sexual como determinante de la personalidad (2).

Aunque Erikson aceptaba con Freud que las experiencias tempranas son en extremo significativas, veía el desarrollo de la personalidad como un proceso dinámico y continuo desde el nacimiento hasta la muerte. Creía, como Freud, que la gratificación de los instintos es una fuerza esencial de vida, pero encontraba que la síntesis del ego (el ordenamiento y la integración de la experiencia), era igualmente importante (2).

Erikson extendió la teoría de Freud para incluir lo que él llamaba desarrollo psicosocial, acentuaba las influencias sociales y culturales antes las del placer derivado de la estimulación de las zonas erógenas. El concepto central de la doctrina de Erikson es la adquisición de la identidad del ego,

que él pensaba que variaba con cada cultura. Él creía que para la juventud de hoy son más importante el desarrollo de la identidad del ego, la auto-imagen y el auto-concepto y que han reemplazado el tema freudiano de la sexualidad, que por otro lado no deja de ser importante para Erikson. El libro de Erikson "Niñez y sociedad" presenta su modelo de etapas de desarrollo. Según él, todos los hombres experimentan ocho crisis o conflictos de desarrollo. Los ajustes que el individuo hace en cada etapa pueden ser alterados o revertidos más tarde. Por ejemplo, quienes carecen de afecto durante la infancia pueden convertirse en adultos normales si reciben atenciones adicionales en etapas posteriores. Pero los ajustes a los conflictos cumplen una función importante en el desenvolvimiento de la personalidad. La resolución de los conflictos es acumulativa; el modo personal de ajuste a cada etapa afecta la manera de manejar el siguiente conflicto (2).

Según Erikson, algunos conflictos específicos se vuelven cruciales en ciertos momentos de la vida. Durante cada etapa, una tarea o conflicto particular será más significativo que cualquier otro; pero aunque cada conflicto es crucial en una sola etapa, está presente a lo largo de toda la vida (2).

La resolución exitosa de cada una de las ocho crisis requiere del equilibrio entre un rasgo positivo y un rasgo negativo correspondiente. Aunque la

cualidad positiva debe predominar, también se necesita algo de la negativa. La crisis de la infancia, por ejemplo, es la confianza básica enfrentada a la desconfianza básica. Las personas necesitan confiar en el mundo y en las personas que lo habitan, pero también deben desconfiar para protegerse a sí mismas del peligro. El exitoso resultado de cada crisis es el desarrollo de una virtud o fuerza particular; en esta primera crisis, la virtud es la esperanza (2).

Las etapas de Erikson expanden los impulsos interiores del individuo y el modo en que estas fuerzas son tratadas por los padres y los otros. Asimismo, Erikson considera a estas etapas como periodos de la vida durante los cuales la capacidad del individuo para la experiencia dicta que debe realizar ajustes mayores del ambiente social y al yo. Aunque las actitudes de los padres afectan la manera en que el individuo maneja los conflictos, el medio social también lo hace (Ver tabla n°1) (2).

La teoría de Erikson se ha sostenido mejor que la Freud, especialmente por su énfasis en las influencias sociales y culturales y en el desarrollo después de la adolescencia. Sin embargo, algunos de los conceptos de Erikson, al igual que los de Freud, son difíciles de probar (2).

TABLA N° 1: ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIKSON.

(Fuente: Erikson, 1950 citado por Feldman).

	ETAPA PSICOSOCIAL	TAREA O CRISIS	CONDICIONES SOCIALES	RESULTADO PSICOSOCIAL
Etapa 1 (del nacimiento al año)	Oral-sensorial	¿Puedo confiar en el mundo?	Apoyo, satisfacción de necesidades básicas, continuidad Falta de apoyo, privaciones, inconsistencia	Confianza Desconfianza
Etapa 2 (de dos a tres años)	Muscular-anal	¿Puedo controlar mi propia conducta?	Permisividad prudente, apoyo, sobreprotección, falta de apoyo y de confianza	Autonomía Duda

<p>Etapa 3 (de cuatro a cinco años)</p>	<p>Locomotora-genital</p>	<p>¿Puedo independizar me de mis padres y explorar mis límites?</p>	<p>Aliento, oportunidades, Falta de oportunidades, sentimientos negativos</p>	<p>Iniciativa Culpa</p>
<p>Etapa 4 (de seis a once años)</p>	<p>Latencia</p>	<p>¿Puedo dominar las habilidades necesarias para sobrevivir y adaptarme?</p>	<p>Entrenamiento adecuado, educación suficiente, buenos modelos Entrenamiento pobre, falta de dirección y apoyo</p>	<p>Industriosidad Inferioridad</p>

Etapa 5 (de doce a 18 años)	Pubertad y adolescencia	¿Quién soy yo? ¿Cuáles son mis creencias, sentimientos y actitudes?	Estabilidad y continuidad interna, modelos sexuales bien definidos y retroalimentación positiva Confusión de propósitos, retroalimentación oscura y expectativas mal definidas	Identidad Confusión de roles
Etapa 6 (Juventud)	Juventud	¿Puedo darme por completo a otro?	Calidez, comprensión, confianza Soledad, ostracismo	Intimidad Aislamiento
Etapa 7 (Adultez)	Adultez	¿Qué puedo ofrecer a las generaciones por venir?	Determinación, productividad Empobrecimiento, regresión	Generativo Estancamiento

Etapa 8 (Madurez)	Madurez	¿Estoy contento y satisfecho de mis actos y obras en la vida?	Sentido de terminación, unidad, dirección Falta de integridad, insatisfacción	Integridad del ego Desesperación
----------------------	---------	--	---	--

II.- MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

CAPITULO II

2. MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

La conducta y su modificación no son conceptos nuevos en la odontología pediátrica. No obstante, con el desarrollo de la investigación en la ciencia de la conducta aplicada a la odontología, estos esfuerzos han comenzado a aclarar la dinámica de la conducta del paciente niño. Esto ha dado al odontólogo una oportunidad no sólo de comprender y manejar la conducta del niño, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para obtener la respuesta apropiada en el niño (5).

2. 1. LA CONDUCTA Y SU MODIFICACIÓN EN ODONTOLOGIA.

La conducta en la odontología infantil, es una disciplina que se enfoca hacia los problemas psicológicos, sociales, y de aprendizaje en los niños y adolescentes, en cuanto se enfrentan a la situación odontológica. Por lo tanto, el odontólogo que atiende niños debe comprender primero el desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta (5).

El aspecto más importante del desarrollo es el concepto de habilidad o destreza. Justamente, el desarrollo debe preceder al aprendizaje, es decir,

deben estar funcionando ciertas habilidades cognoscitivas antes de que el aprendizaje pueda tener lugar (5).

Chambers, objeta la concentración de los odontopediatras en las técnicas de manejo de la conducta del niño a expensas de determinar cuál es la forma en la que los niños deben comportarse en la consulta odontológica. Este punto es oportuno para comprender y aplicar la modificación de la conducta. El odontólogo que trata niños, debe distinguir primero a la conducta apropiada de la conducta cooperadora. Esto indica que el clínico aplica diversas técnicas para una variedad de condiciones para cada paciente en particular. El odontólogo debe distinguir una conducta apropiada, si el paciente niño está o no cooperando, lo cual le permitirá responder en forma adecuada y no sólo reaccionar (5).

Barber y Luke (1985), indican que el conocimiento de la etapa del desarrollo del niño puede facilitar el enfoque de la modificación de la conducta hacia el manejo del paciente. Sin una apreciación del desarrollo mental y físico apropiado a la edad del niño, la modificación de la conducta es sencillamente una aplicación de las técnicas empleadas bajo la base de ensayo y error (5).

Durante la maduración, la conducta del niño es sistemáticamente afectada por el desdoblamiento gradual de una secuencia inherente programada

genéticamente. Debido a la dificultad para controlar la variable hereditaria, hay escasa investigación positiva para esclarecer la especificidad de la influencia. No obstante, la mayoría de los psicólogos están de acuerdo que la herencia actúa directamente sobre las características biológicas del individuo y establece la etapa para el proceso de desarrollo. Con la exposición al ambiente, el niño aprende a comportarse en coherencia con su madurez. Con cada experiencia nueva, se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta. De esta manera, el odontólogo que trabaja con niños, debe comprender el desarrollo infantil para apreciar la interacción que los niños ofrecen a través de la maduración y las experiencias, y que el mismo profesional ofrece a través de las influencias ambientales (5).

Los modos del niño para percibir y reaccionar al ambiente son innatos y cambian con la edad. Finalmente, el niño desarrolla nuevas habilidades, utilizando los modos básicos de las experiencias del ambiente (5).

Kelly y Saklofske (1994) citados por Coon, señalan que cualquier actividad que se realiza es una conducta o un comportamiento: comer, dormir, hablar, pensar. También lo son: soñar, apostar, ver televisión, aprender inglés, leer un libro entre otros. Pero unos se denominan comportamientos manifiestos los cuales son acciones y respuestas

observables. Sin embargo, los psicólogos también estudian comportamientos cubiertos, que son actividades internas privadas como pensar o recordar (6).

La conducta manifiesta puede estudiarse por observación. Pero las actividades mentales para ser estudiadas, por lo general requieren un arduo y hábil trabajo, para de esta manera poder deducir lo que está sucediendo internamente a partir de lo que se puede observar en forma directa (6).

Los conductistas merecen crédito por descubrir mucho de lo que se sabe del aprendizaje, condicionamiento y uso apropiado de la recompensa y el castigo. La modificación de la conducta es otro aporte valioso del conductismo. En la modificación de la conducta se usan los principios del aprendizaje para cambiar comportamientos problemáticos (6). Muchos psicólogos utilizan el término modificación de la conducta para definir el proceso de alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado. Una parte esencial de este concepto radica en definir una serie de caminos para alcanzar el comportamiento buscado, y a continuación proceder paso a paso hacia el objetivo (7).

En relación con la odontología, se puede afirmar que la conducta ideal se observa en el paciente que conserva excelente higiene bucal, sigue una dieta prudente, está relajado y coopera durante el tratamiento odontológico. Sería ficticio esperar que todo paciente muestre esta clase de

comportamiento en la primera consulta o cita, pero también erróneo aceptar como inalterable la conducta de aquellos que no la expongan o tan solo esperar que mejore con el tiempo. El curso de la acción adecuada consiste en planear el tratamiento de tal modo que la conducta infantil mejore de manera gradual hasta el nivel deseado; solo de esta manera se podrán satisfacer los objetivos fundamentales de la odontología infantil: inculcar actitudes y comportamientos positivos además de efectuar cualquier tratamiento requerido (7).

La modificación de la conducta, es definida como “el intento de alterar la conducta y la emoción en los seres humanos de una forma beneficiosa observando las leyes que son propuestas por la teoría moderna del aprendizaje”. Esta técnica de conversión no queda limitada a las áreas de la psicología y psiquiatría. Ha sido utilizada en la odontología, la medicina, educación y por otras disciplinas (8).

La idea original de modificar la conducta proviene de los estudios que fueron conducidos por Pavlov (1927) y Bechterev. La entrada de los psicólogos en esta área surgió porque existía la necesidad de comprobar y entender los métodos a través de los cuales la conducta de un individuo cambia. Se han desarrollado muchas teorías, pero los psicólogos conductuales opinan que se requiere más trabajo de investigación en el área.

El término “modificación de la conducta” surge de un trabajo original que fue conducido por Skinner (1953), Honing (1966), Reese (1966), Grunbaum (1966) y muchos otros. La idea esta basada en las habilidades constructoras de la conducta competente para lograr un cambio en la conducta de un niño. En la base operativa queda incluida el uso de refuerzos selectos que después de ser aprendidos van a cambiar la conducta del niño de una forma inapropiada a una apropiada (8).

Rosenberg (1974), en una revisión de la literatura se refiere a la conducta como la respuesta que da el niño y a la reacción del odontólogo como la consecuencia. La consecuencia puede ser respondida con un refuerzo el cual tiene como finalidad hacer que el paciente repita la conducta o un castigo que tiene como finalidad extinguir la conducta (8).

Las técnicas que permiten la modificación de la conducta se transforman en una herramienta adaptable y de uso generalizado, según las necesidades que presente cada niño. Tanto la libertad como la flexibilidad del instrumento permiten que los estudiantes de odontología y auxiliares dentales aprendan fácilmente a usarlas para cambiar la conducta del niño en un momento dado (8).

La utilización del termino “modificación de la conducta” según Blain citado por Barber y Luke, se refiere a una explicación explícita y sistemática de los

principios y la tecnología derivados de la investigación en odontología clínica y en psicología experimental. Esto comprende procedimientos que crean cambios en el comportamiento social y ambiental del niño para aliviar el dolor, la ansiedad y mejorar su conducta. De esta manera, las técnicas de modificación de la conducta por lo general se aplican para mejorar el autocontrol al ampliar las destrezas y la independencia del niño. (5).

Según Andlaw, la modificación de la conducta se basa en la introducción planificada a los procedimientos terapéuticos, con el fin de preparar gradualmente al niño para que acepte el tratamiento de modo relajado y con cooperación (7).

Las conductas condicionadas indeseables pueden eliminarse cuando no existen estímulos de refuerzo. Este proceso puede acelerarse mediante la impresión de estímulos para la modificación de la conducta. Existen numerosas opiniones con respecto a la posibilidad de modificar la conducta del niño mediante videos o películas sobre el procedimiento odontológico. Por otro lado, la observación de otros niños sometidos a un tratamiento odontológico sin complicaciones o el juego con marionetas tienen también éxito en la modificación de la conducta (9).

Figuroa de Garzón (1995), utiliza el término “adaptación a la consulta odontológica”, lo que significa que el paciente niño logra y mantiene su

colaboración durante el tratamiento odontológico, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una postura positiva hacia la Odontología. Esta conducta adaptativa o la adaptación a diferentes situaciones requieren de pensamiento, imaginación y aprendizaje (10),(11).

Una definición mas completa de la modificación o terapia del comportamiento es aquella que la resume como una forma de psicoterapia que emplea los principios de la teoría del aprendizaje para eliminar conductas indeseables o desarrollar las deseables (4).

2.2. LA MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ANTES DE LA PRIMERA CONSULTA.

Los expertos han desarrollado técnicas para modificar el comportamiento de los pacientes mediante el empleo de las teorías del aprendizaje. Estas técnicas en general se aplican desde una perspectiva que comprenda las relaciones odontólogo-paciente intra-operatorias. Pero, el término modificación antes de la consulta hace referencia a cualquier cosa que se haga o se diga con el fin de influir positivamente en la conducta del niño antes de que este entre al consultorio. La ventaja de esta estrategia consiste en que sirve como preparación del paciente pediátrico al mismo tiempo que facilita la introducción a la odontología. La primera consulta odontológica

tiene una importancia trascendental en lo que respecta al desarrollo de la actitud del niño frente a la odontología. Si esta primera consulta le resulta agradable, se favorece para que las siguientes también tengan éxito (12).

Existen diversos métodos para la modificación del comportamiento antes de la consulta. Como se expresó anteriormente películas y cintas de video que proporcionan un modelo de paciente joven, cuya finalidad consiste en que el paciente reproduzca el comportamiento mostrado por el modelo que aparece en la película o la cinta. Se proyectan al nuevo paciente pediátrico el día de la consulta o en una consulta previa (12).

Aunque la mayoría de los estudios demuestran que la introducción de los niños a la odontología tiene sus ventajas, no todos demuestran una mejoría del comportamiento colaborador. La ausencia de respuesta por parte del niño puede tener su origen en las diferencias de diseño del modelo experimental, de los equipos odontológicos, de cintas de videos y sugiere la necesidad de seleccionarlas con meticulosidad antes de proceder a la consulta (12).

La técnica de modificación de la conducta antes de la consulta también puede llevarse a cabo junto con otras personas, como los hermanos del paciente, sus padres u otros niños. Por ejemplo, el niño que presencie la elaboración del examen clínico de uno de sus padres, siendo ellos mismos testigos de esta actividad; después de muchas consultas existen niños que

brincan al sillón odontológico una vez terminada la consulta de sus padres. Estas experiencias previas deben seleccionarse de forma cuidadosa, debido a que hay ruidos que pueden asustarlos, sobretodo a los más pequeños (12).

Muchos psicólogos reconocen las ventajas de estas técnicas, en las que a menudo se utilizan medios audiovisuales o modelos. Rimm y Masters las han resumido de la siguiente manera: 1.- Estimulan el desarrollo de nuevos comportamientos, 2.- Facilitan la aparición del comportamiento en una secuencia más apropiada, 3.- Producen desinhibición de las conductas no apropiadas debidas al miedo, 4.- Eliminan el miedo. Todas estas técnicas proporcionan al odontólogo unas formas muy interesantes para modificar el comportamiento de los niños antes que acudan a su primera consulta (12).

Otro método de modificación en el comportamiento consiste en enviar una carta antes de la primera consulta. El contacto previo con los padres, puede proporcionar una orientación con el fin de preparar al niño para su primera consulta odontológica y así aumentar las posibilidades de éxito. La mayoría de los padres entienden el contenido de la carta que se les envía, están de acuerdo del modo de pensar del odontólogo y agradecen la preocupación que el profesional se toma para que resulte bien la consulta (12).

Los odontólogos que utilicen el sistema de cartas por correo antes de la consulta deben ser muy selectivos. La correspondencia corre el riesgo de

pasar de una bienvenida a un bombardeo masivo de cartas. De este modo, la recepción de una correspondencia enseguida produce una actitud negativa en los padres y una preparación extrema puede confundir al padre o producirle ansiedad (12). En nuestro país, por razones prácticas, consideramos más útil la entrega de la carta el mismo día de la consulta.

2. 3. PRIMER ENCUENTRO ENTRE EL NIÑO Y EL ODONTÓLOGO.

Se debe extremar la importancia que tiene la familiarización temprana del niño con el odontólogo y el consultorio, los elementos que en el se encuentran y su ambiente. La conducta del niño en su primera consulta odontológica depende de su acondicionamiento primario. Si la situación se maneja adecuadamente, este va a superar su temor al odontólogo. Normalmente, la cooperación se obtiene fácilmente y el niño va por su propia voluntad y regresara a la consulta cuando sea necesario (13)

Se debe aclarar que se ha descrito una técnica que se usa en niños que posean un nivel de inteligencia promedio, que no hayan vivido experiencias traumáticas previas o tengan problemas de comportamiento o personalidad. El objetivo es describir los procedimientos preparatorios que se emplean en el primer encuentro entre el paciente pediátrico y el odontólogo (13).

El contacto inicial realizado por el representante del niño es muy importante, sea con la secretaria o la asistente (por teléfono o en persona). La secretaria debe determinar primero si se trata de una emergencia. Esto se hace formulándole una pregunta al representante ¿Usted piensa que se trata de una emergencia? Si la respuesta es afirmativa se le pregunta a al progenitor ¿En cuánto tiempo puede llegar al consultorio?. Al paciente se le da la libertad de decidir si su caso es una emergencia debido a que la definición de emergencia varía de progenitor a progenitor y entre odontólogo y paciente (14).

Cualquiera que sea la naturaleza de la consulta dicho personal registra la siguiente información: nombre del representante, nombre del niño, sexo, edad, número de teléfono, fecha y hora de la llamada, motivo de consulta (si la primera consulta fue buscada debido a que el paciente sintió dolor, por examen rutinario o fue referido por algún colega o por otro profesional), problemas odontológicos previos y los efectos que puedan tener sobre el niño (13);(14) .

El objetivo que se persigue al formular estas preguntas no es únicamente recopilar información sobre el nuevo paciente, sino también intentar hacer una evaluación aproximada de las experiencias odontológicas que ha vivido tanto el niño como sus padres. Las experiencias que han tenido los

progenitores suelen ejercer una influencia significativa sobre las actitudes que exhiben sus hijos (13)

El equipo odontológico debe aclarar: 1.- La primera sesión es solamente introductoria, tanto para el paciente niño como para el representante, se le da la bienvenida e instrucciones. No se va a iniciar ningún tratamiento. Puede que se tomen las radiografías si es necesario. 2.- La persona que acompaña al niño va actuar como observador. En ningún caso él va a intervenir, a menos que se le invite. No debería sostener la mano del paciente, ni tampoco debería mostrarle comprensión al niño en lo que se refiere al momento que está viviendo debido a que puede revelar sus propios temores con sus expresiones. Si la persona que acompaña al niño no posee conocimientos acerca de la asistencia odontológica, la asistente será delegada para transmitir información al niño y de esta manera evitar que el acompañante le de información errada de la primera consulta. Según la experiencia de Grinberg y Schor cuando no se conocen a los padres y no se pueda determinar cuales son sus ideas preconcebidas acerca del tratamiento odontológico es preferible que se mantenga al margen para evitar que se le genere ansiedad en el niño (13).

El niño deberá tener una impresión ó visión tranquilizante de las diferentes áreas, como la sala de espera y del consultorio. Las cuales deberán ser bien ventiladas e iluminadas, sin que existan muebles que obstruyan el paso.

Deben estar pintadas de colores ligeros con elementos decorativos y los motivos estarán relacionados con la salud bucal en niños (13).

Cuando el progenitor o representante se presentan en el consultorio por primera vez, que no reviste carácter de emergencia, la asistente los saluda por su nombre y menciona el motivo de consulta que el padre utilizó en la llamada telefónica. Si el niño ha sido atendido previamente en una consulta de emergencia se le pregunta como se encuentra (14).

El odontólogo en un consultorio agradable y bien equipado, vestido cómodamente con su ropa de trabajo analiza la información que ha obtenido de su asistente. Sus tonos y gestos serán calmados y relajados, el hablará calmadamente y utilizará un lenguaje sencillo y comprensible cuando se dirige al niño y a la persona que lo acompaña. Estos detalles disminuyen la ansiedad del paciente y el temor ante lo desconocido y lo preparan favorablemente. El profesional habla directamente con el niño sorprendiéndolo cuando lo llama por su nombre y añadiendo a la sorpresa la familiaridad que ayuda a relajar al paciente. Este presenta a su asistente como a la vez saluda a su acompañante (padre, madre o representante) y de esta manera observa y conoce al paciente antes de aplicar en él algún tratamiento odontológico. El hecho de convertir la imagen de un odontólogo de un arquetipo a un ser humano simple llevándolo a formar parte del mundo cotidiano del niño, permite que sea aceptado más naturalmente. Una vez que

el paciente y su acompañante son ubicados en el consultorio el odontólogo le formula preguntas a su representante acerca de la salud del paciente, dejando al niño libre en este nuevo ambiente sin que sienta ninguna presión (dependiendo de la edad). El “lapso de tiempo de adaptación” de un niño dura solo unos minutos dependiendo del interés o indiferencia que muestre el niño con respecto a su entorno. En cualquier caso, este lapso de tiempo no debe prolongarse, de manera que cualquiera que sea su actitud el niño sabe por qué está allí y que él es el centro de atención. Un tiempo de espera prolongado puede despertar estrés no deseable (13).

Luego el odontólogo se dirige nuevamente al niño llamándolo por su nombre y preguntándole ¿Tú sabes quien soy?. Por lo general después de una corta pausa el niño da la respuesta espontáneamente. Si esto no ocurre la respuesta debe ser asomada para evitar conductas tímidas o una conducta de desconocimiento. Un odontólogo es el que cura los dientes de los niños (13).

Teniendo presente que los niños necesitan el aprecio y la aprobación de sus padres, así como también poseer autoestima (la base de su seguridad personal), y en vista de que ellos no quieren ser diferentes a los demás, se le dará la oportunidad de demostrar sus habilidades a través de un juego de competencia. Será elogiado por su habilidad de subirse al sillón odontológico sin ninguna ayuda y por abrir muy grande la boca más que uno.

Se le muestra el espejo bucal que el profesional utiliza y se le permite usarlo de la misma manera como lo usa dicho profesional y explicándole que con ese instrumento va a hacer posible que el odontólogo vea lo que no ve a simple vista. Se conoce muy bien que el manejo de los instrumentos para diagnóstico por parte del niño permite que tenga seguridad y confianza en sí mismo lo que le va a permitir aceptar la prueba inicial sin que ocurra un rechazo determinante (13).

La técnica de abordar lo desconocido de una forma gradual tal y como se aplica a las nuevas situaciones y cuando se quiere familiarizar al paciente con instrumentos poco comunes para él es aceptada universalmente en el mundo de la asistencia médica (chequeos médicos, exámenes post-operatorios, intervenciones quirúrgicas, entre otros) (13).

Luego del examen general aplicado a la cavidad bucal, al paciente se le pregunta si ha visto “fotos” de los dientes y se le muestran algunas radiografías que la “cámara” a tomado. El odontólogo le va a permitir al niño que tome radiografías utilizando el botón pero desconectado. Una vez más sé esta utilizando la técnica que permite disminuir los niveles de ansiedad a través de la explicación y el manejo de los instrumentos que utiliza el profesional con palabras simples. Se le demuestra como funciona la turbina destacando el hecho de que utiliza agua y aire. Después se le muestra la pieza de mano de baja velocidad y que inclusive puede hacerle “cosquilla” a

sus dedos. Se le explica que con este aparato se puede eliminar los “microbios” ó “animalitos” de sus dientes. Resaltando de esta manera la importancia del uso de eufemismos (ver tabla n°8), (13).

Una vez asimilada y entendida toda esta información por el niño se le explica que la próxima visita es una continuación del procedimiento aplicado a su diente enfermo, pero que antes de tratarlo lo vamos a “dormir” (anestésiar) y que no va a sentir nada cuando le estén limpiando los “microbios” con los instrumentos que ya les fueron mostrados. Le diremos “el diente y solamente el diente se quedará dormido, entonces será “limpiado” y “terminado” colocándole una obturación. Cuando el diente se “despierte” el niño ya estará en su casa orgulloso de tener un diente saludable que pueda mostrárselo a sus padres, hermanos, amigos e inclusive a su profesor (13).

Es bueno aclarar que el lenguaje utilizado en las explicaciones debe estar acorde con la edad y desarrollo cognoscitivo del paciente, evitando demasiados detalles para no confundir al niño (13).

La segunda consulta que forma parte del tratamiento debe ser efectuada en un lapso no menor a una o dos semanas después de la primera consulta; de manera tal que retenga tantas impresiones favorables como sea posible de esta primera consulta. Quedando claro que la primera consulta, influye

infinitamente en todas las intervenciones a las que va hacer sometido el niño (13).

2.4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

La modificación del comportamiento es una labor que necesita de la participación del equipo odontológico. Por consiguiente, todo el personal desempeña un papel importante para que el paso del paciente por la consulta resulte agradable (12).

El término modificación del comportamiento tiene diferentes significados según los distintos autores como Koch y col.(1994), Andlaw (1996) y Papalia y col.(2001); pero la definición actualmente más aceptada y utilizada es aquella que la define como un método mediante el cual el personal odontológico realiza en el paciente niño un tratamiento efectivo y eficiente; y al mismo tiempo crea una actitud positiva hacia la odontología (4),(7),(11) (12).

En esta definición el termino efectividad se refiere a proporcionar al paciente una atención de calidad. En la práctica odontológica actual, el tratamiento eficiente es aún una necesidad. La odontología por cuadrantes o la que inicia el tratamiento atendiendo las prioridades de la cavidad bucal, es

importante para la atención eficiente del niño. La creación de una actitud positiva frente a la odontología forma una parte integral de la definición (12).

Son importantes también los aspectos que no se mencionan en la definición (por ejemplo las técnicas específicas de control de la conducta). De esta manera, la definición permite realizar una consulta individualizada (12).

Con el transcurso del tiempo, han surgido para el manejo de los pacientes pediátricos unos principios que continúan siendo fundamentales para enfrentarse con estos niños y de esta forma establecer buenas relaciones entre ellos y el personal odontológico. De hecho podrían considerarse como principios inviolables (12).

2.4.1. ABORDAJE POSITIVO DEL PACIENTE

La actitud y las expectativas del odontólogo pueden influir sobre los resultados de una consulta odontológica. Para tener éxito en el trato con los niños es importante anticiparse a los acontecimientos. Si el niño responde con el tipo de comportamiento esperado se demuestra con afirmaciones positivas, que son más eficaces que las observaciones carentes de sentido (12).

La actitud del equipo odontológico como: el interés, la preocupación y el afecto son signos importantes que manifiestan la personalidad del equipo, aún sin pronunciar palabra. Con una sonrisa al paciente niño se le está diciendo que un adulto va a cuidar de él. Los niños responden mejor ante las actitudes naturales y amistosas que pueden mostrarse mediante un saludo cordial. Si el paciente posee un nombre de pila o sobrenombre, se siente más a gusto si se les llama de esa manera (pudiéndose registrar en la historia clínica). Mencionar la escuela o las actividades extraescolares que realizan (béisbol, natación, ballet, flamenco, danza o cualquier otra afición) facilitará próximas conversaciones (12).

En la consulta odontológica, los planes de actuación son diversos. Cada consulta debe tener sus planes de actuación ante las contingencias; todo el personal tiene que saber que es lo que se espera que haga y que es lo que hay que hacer. Estos planes de actuación son esenciales en muchas consultas, pues su aplicación aumenta la eficiencia y contribuye a crear mejores relaciones entre el niño y el personal. Así mismo, el equipo deberá contar con un plan de tratamiento bien organizado y especificado por escrito. En el paciente, estos retrasos y las indecisiones producen un aumento del miedo (12).

La sinceridad es una cualidad importante que debe poseer el equipo odontológico cuando se trabaja con niños, para poder incrementar la

confianza. La mayor parte de ellos ven las cosas según un modelo dual tipo blanco/negro. A diferencia de los adultos, los niños les cuesta discernir los matices, y para ello el personal de la consulta o le miente o le esta diciendo la verdad (12).

La tolerancia es un concepto que rara vez se analiza. El nivel de tolerancia varía de una persona a otra, y hace referencia a la capacidad del odontólogo para enfrentarse de manera racional a un comportamiento no adecuado y guardar al mismo tiempo la debida compostura. El reconocimiento de los niveles de tolerancia individual es especialmente importante en el trato con niños, debido a que además de variar de una persona a otra, también oscila respecto al individuo en cuestión. Mientras algunas personas se encuentran mejor a primeras horas de la mañana, en otras la capacidad para enfrentarse a los problemas mejoran de forma progresiva a medida que transcurre el día. Un principio básico consiste en reconocer los factores que sobrecargan los niveles de tolerancia, lo cual previene la pérdida de autocontrol (12).

Es de resaltar que los niños son inmaduros psicológicamente, por lo tanto, hay que estar preparado para cambiar los planes si es necesario. Por ejemplo, después de treinta minutos de consulta a veces el niño empieza a inquietarse del sillón odontológico lo que obliga a abreviar el tratamiento. También puede ocurrir que el odontólogo piense efectuar una pulpotomia (tratamiento de la pulpa dental) en dos sesiones, pero que ante un niño con

un comportamiento difícil, se vea obligado a completarlo en una sola sesión. En pocas palabras el equipo odontológico debe ser flexible ante situaciones específicas de cada niño (12).

2.4.2. LA COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS

Existen diversas técnicas de comunicación eficaces para los niños, pero son solo normas generales debido a que no existen reglas inflexibles en un ámbito tan impredecible como son los niños, donde siempre se tiene que estar preparado para improvisar según lo exija la situación (12).

Para que un tratamiento tenga éxito en los niños lo primero que hay que hacer es establecer una buena comunicación con ellos. Si un niño participa en la conversación se relajará y podremos obtener información sobre él. Existen muchas maneras para iniciar una comunicación verbal con el niño y su efectividad varía según la edad de este. Por lo general, la mejor manera es hacer comentarios favorables sobre él y después realizar preguntas que pueda responder con otras palabras que no sean sí o no (4).

Para manejar y controlar efectivamente el comportamiento de los niños en el ambiente odontológico es importante desarrollar habilidades que le permitan al odontólogo el logro de la comunicación con los infantes. Una conversación efectiva, es aquella donde el odontólogo es capaz de identificar

los temores específicos del niño, así como también clarificar sus metas y expectativas como profesional. Se tiene que disponer de técnicas que ayuden a capturar la atención del niño y poder enseñarles mecanismos que le permitan colaborar y comprender la ayuda que le podemos dar y de esta manera evitar que la interrumpa (15).

Cuando se trabaja con niños es importante darles mensajes claros y concisos. Esto se cumple especialmente cuando se atienden pacientes pediátricos con los que se hace difícil trabajar porque no cooperan; en estos casos el abordaje a utilizar es darles ordenes suaves (instrucciones) para poder establecer normas de comportamiento. Nuestro objetivo con mucha frecuencia es decirle al paciente lo que queremos que haga sin ofrecerle opciones. No estamos preguntando si el infante quiere hacer lo que estamos pidiendo. Estamos diciendo “esto es lo que tu vas a hacer”. El mensaje puede confundir a los niños, pudiendo estos pensar que estamos buscando su aprobación de lo que ellos van a hacer. Cuando atendemos a un paciente pediátrico que es ansioso y no le gusta cooperar, mientras tratamos de ser amables el paciente recibe el mensaje en forma de pregunta y esto le da la sensación de que le estamos brindando una opción (15).

Los integrantes del equipo odontológico deben ser precavidos cuando se comuniquen con el paciente pediátrico. Por lo regular el asistente dental lo desplaza desde la recepción hasta la consulta así como también la

preparación en el sillón odontológico. Cuando el odontólogo lo recibe la ayudante pasa a un papel más pasivo, puesto que el niño solo puede escuchar a una sola persona. Es importante que la comunicación proceda de una sola persona, para no crear confusión en el paciente niño (12).

Para establecer una correcta comunicación, el contacto visual con el paciente niño es primordial para controlar su conducta. Se le debe pedir al paciente que mire al profesional; cuando se establece el contacto visual al dar las instrucciones al niño, el odontólogo tiene más capacidad de lograr la cooperación de su paciente. Este contacto visual compromete al infante a realizar lo que se le pide. Explicarle al paciente niño que es importante que vea al odontólogo, para que pueda garantizar que él esta entendiendo lo que le dice el profesional. Puede que sea necesario ser específico, explicándole y ordenándole en aquellas situaciones que lo obligan a huir de la situación que esta viviendo (15).

Otra forma de transmitirle el mensaje además del contacto visual es usar una voz suave y diciendo por ejemplo: "coloca las manos a los lados, ¿Me entiendes?". Este abordaje se realiza de una manera firme y con mucha seguridad por parte del odontólogo y debe ser dicha más de una vez. Conjuntamente con nuestra comunicación no verbal (expresiones faciales) debemos usar un tono de voz suave y mostrar firmeza a la vez, mediante el uso de expresiones adecuadas, demostrándole que estamos seguros de que

el paciente va a seguir las instrucciones dadas. La claridad del mensaje que recibe el niño se ve mejorado cuando el tono de voz, la construcción de las oraciones y de los tipos de expresiones es congruente. Esta claridad sirve para controlar la conducta del infante cuando se trabaja con una transmisión comunicativa de una sola vía: una orden. Nosotros le estamos dando al niño una orden para que haga algo y coopere en la realización de las conductas que queremos que él haga (15).

La comunicación de los elementos que conforman el procedimiento, hace que el niño tenga la oportunidad de interactuar y de esta manera prepararlo y adaptarlo a la consulta; del mismo modo hacerlo antes de iniciar el tratamiento es satisfactorio. La confianza y la seguridad en sí mismo puede albergarse en el niño a medida que este sienta que el odontólogo le brinda empatía, simpatía y comprensión. El hacer que el paciente parafrasee las palabras que usa el odontólogo constituye una forma de confirmar que se han entendido las indicaciones o instrucciones. Tanto la confianza en sí mismo como el bienestar que se ha ganado en la relación odontólogo-paciente puede generar un *rapport* que hace que el niño coopere en el momento en que se le den las instrucciones (15)

2.5. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Diversos factores pueden influir sobre la conducta de los niños en la situación odontológica. Algunos de ellos son los efectos de los temores subjetivos, objetivos y de las actitudes maternas. Otros factores que están bajo el control directo del odontólogo lo constituyen actividades, actitudes y atuendo del profesional, la cantidad de tiempo y la hora de la consulta odontológica, la preparación pre-consulta de los niños y sus padres, el ambiente del consultorio y la presencia de otros en el consultorio (16).

2. 5. 1. EFECTO DE LA ACTIVIDAD Y ACTITUDES DEL ODONTÓLOGO.

Si bien la experiencia odontológica provoca ansiedad en algunos niños, la capacidad básica del mismo para enfrentarla determinará si puede ser considerado un paciente odontológicamente colaborador. Las actitudes del odontólogo apoyan a un niño en su intento de establecer la conducta apropiada. Jenks (1964) citado por Ripa, afirma que los métodos con que el odontólogo aborda y trata a un niño es de importancia crítica para las reacciones y actitudes del infante en la situación de tratamiento odontológico. Este mismo autor describe seis categorías de actividades por las que los odontólogos pueden fomentar o estimular la conducta cooperadora en los niños. A continuación se describen cada una de las categorías (16).

- OBTENCIÓN DE DATOS Y OBSERVACIÓN.

La obtención de datos implica recopilar el tipo de información sobre un niño y sus padres en una entrevista formal o informal en el consultorio o mediante un cuestionario escrito (como por ejemplo la Historia psico-conductual de la Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela, ver anexo n°1). La observación involucra la percepción de las características de las conductas abiertas o sutiles de un niño, que brinda indicios con respecto a cómo deberá ser abordado por el odontólogo y su personal. La observación comienza examinando la conducta del niño en la sala de recepción, incluyendo la interacción con sus padres. Deberá advertirse la actitud del niño cuando es separado de sus padres y su conducta al primer contacto con el profesional. Dentro del consultorio y durante el tratamiento, la respuesta del niño a las cosas nuevas, ruidos y olores del consultorio, y su manera de responder a las instrucciones del profesional deben ser observadas y registradas (ver figura n°1) (16).

El odontólogo deberá responder a una serie de preguntas que le permitirá modificar su relación con el niño, de acuerdo con la percepción de la personalidad individual de éste (16).



FIGURA N°1: La observación de las características de la conducta del niño nos da una visión de cómo será el abordaje por parte del odontólogo y su equipo.

**TABLA N°2: PREGUNTAS QUE DEBE RESPONDER EL ODONTÓLOGO
SOBRE EL PACIENTE-NIÑO CON SUS OBSERVACIONES EN LA
PRIMERA VISITA**

1.-¿Cómo enfrenta el niño la situación odontológica? ¿Es cooperador, interesado, aburrido, apático, temeroso?
2.-¿Muestra el niño espontaneidad e iniciativa con el odontólogo y su personal, o es sumiso?
3.- ¿Cómo se desarrollan con el tiempo las relaciones interpersonales entre el odontólogo y el niño? ¿Responde al intento de amistad del profesional o permanece impersonal, distante o resistente?
4.- ¿Qué emociones muestra el niño? ¿Es vivaz, serio, responsivo, triste o emocionalmente inerte?
5.- ¿Muestra el niño independencia en el sillón odontológico de acuerdo a su edad o es abiertamente dependiente del apoyo emocional de su progenitor, del odontólogo, o del personal?
6.- ¿Muestra el niño signos de molestia o de inquietud a través de palabras o de movimientos corporales?

(Fuente Ripa, Pág. 29).

Informado por sus observaciones, el profesional puede esforzarse en estimular al niño apático, tranquilizar al niño ansioso y aliviar la inquietud del niño con dolor (16).

La observación deberá ser continua. En cada consulta el odontólogo deberá estar preparado para modificar su acercamiento a un niño, a medida que la conducta de este cambia y/o a medida que la percepción propia también se modifica (16).

- ESTRUCTURACIÓN

Este término se refiere al establecimiento de las líneas guías de conducta comunicadas por el odontólogo y su personal al niño. Con la debida estructuración, los niños sabrán que esperar y como reaccionar a la experiencia odontológica (ver tabla n°3) (16).

TABLA N°3: LÍNEAS GUIAS DE CONDUCTA COMUNICADAS POR EL ODONTÓLOGO AL NIÑO.

<p>✓ El odontólogo explica al niño en un lenguaje que pueda comprender el propósito del tratamiento. Establece los objetivos específicos de cada consulta.</p>
<p>✓ El odontólogo prepara al niño para cada fase del tratamiento describiéndola de antemano. Estima el tiempo en que será completado un tratamiento.</p>
<p>✓ El odontólogo divide cada procedimiento en etapas. El inicio de cada etapa es identificado, el procedimiento es descrito y cuando cada etapa esta completa.</p>
<p>✓ El odontólogo prepara al niño para cada cambio de sensación antes de que la experimente.</p>
<p>✓ El odontólogo informa al niño cuando será la próxima consulta y que se le hará en ella.</p>

(Fuente Ripa, Pág.30).

La estructuración divide la consulta odontológica en una serie de unidades más pequeñas, más manejable para el niño. Deberá hacerse notar que la estructuración y el enfoque “Decir-Mostrar-Hacer” se involucran y complementan con el uso de técnicas similares (16).

- EXTERNALIZACIÓN.

Jenks (1964) citado por Ripa, define la externalización como un proceso por medio del cual la atención del niño es enfocada fuera de las sensaciones asociadas con el tratamiento odontológico. Existen dos componentes de externalización: la distracción y el compromiso. Además el objetivo es interesar e involucrar al niño sin sobre-estimularlo en descargas verbales y motoras que podrían interferir con los procedimientos necesarios (16).

Podemos dar un ejemplo, donde a menudo es requerida la externalización, el procedimiento de dar la inyección para la anestesia local. Durante este procedimiento, los niños tienden a enfocar toda su atención, percepción y sensación en el sitio de la inyección. Sus ojos a menudo están cerrados, su boca abierta y su cuerpo muy rígido, pues ellos se aíslan de todos los demás estímulos. Existen dos métodos de externalización de la atención del paciente: el primero involucrar al niño en una actividad verbal y el segundo, en una actividad odontológica. El primer método es apropiado durante el procedimiento de inyección, y puede ser cumplido de la siguiente manera: antes de aplicar la inyección el odontólogo puede decirle al niño que cuente lentamente hasta diez y que cuando termine de contar el procedimiento habrá terminado. El odontólogo inicia la inyección y comienza a contar. A medida que cuenta le pide al niño que cuente con él. Este simple procedimiento cumple con varias finalidades; distrae al niño de la inyección

misma, pues no se concentrará en ella sino en contar. También involucra al paciente debido a que tiene que contar junto con el odontólogo. Y al mismo tiempo le indicará al paciente cuando exactamente fue completada esta fase del tratamiento, siendo esta una forma de estructuración (16).

La externalización se cumplirá también involucrando a los pacientes en la actividad odontológica. Esto no solo se realiza describiendo el procedimiento odontológico, sino dándole un espejo con el que pueda observar la mayor parte de los procedimientos (16).

- EMPATÍA Y APOYO.

La empatía es la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros sin perder la propia objetividad. Los odontólogos que laboran con niños no deberán estar totalmente inmersos en los aspectos técnicos de la terapia, estos deben tener la sensibilidad y la capacidad de responder a los sentimientos de los niños. La demostración de empatía del odontólogo apoyará los esfuerzos del niño por comportarse adecuadamente en la situación odontológica (16).

Las diversas maneras por las que el odontólogo puede brindar este tipo de apoyo incluyen: 1.- Permitir a los niños expresar sus sentimientos de temor o de enojo y sus deseos, sin rechazarlo. Pero no se aceptarán ciertas

manifestaciones como patear o luchar, 2.- Comunicar a los niños que sus reacciones son comprendidas. Esto puede hacerse verbalizando lo que ellos experimentan, 3.- Confortando a los niños cuando sea apropiado. Esto puede hacerse mediante una cuidadosa elección de palabras, el tono de voz, tocando al niño y dándole una “palmadita” o un abrazo reasegurador, 4.- Estimular a los niños cuando muestran una conducta aceptable, 5.- Escuchar los comentarios de los niños cuando desean hablar, sin que se le permita usar la comunicación verbal como un método para postergar el tratamiento y 6.- Brindar una situación estructurada en la que los niños puedan sentirse seguros (16).

- AUTORIDAD FLEXIBLE.

El odontólogo debe controlar la interacción con el paciente, su autoridad será mitigada en un grado de flexibilidad o compromiso con el objeto de cumplir con las necesidades del paciente o la situación particular. No pueden darse reglas generales, puesto que la personalidad de cada odontólogo determinará el enfoque. La mayoría de los niños no requieren medidas de control extraordinarias. Cuando una consulta odontológica se deteriora porque el niño se está comportando mal o exhibiendo alguna otra conducta interruptiva, el profesional debe considerar si la conducta es por falta de madurez del niño, o si él mismo ha contribuido a la situación por su manera de acercarse al paciente. Si la causa es esta última, el odontólogo asumirá

una actitud lo suficientemente flexible como para permitirse modificar sus técnicas en la misma consulta o en las futuras (16).

- EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO

Cualquier odontólogo que trate niños deberá implementar un programa que los eduque tanto a ellos como a sus padres, con respecto a lo que constituye la salud bucal y los estímulos para hacer cambios de conducta necesarios para lograr sus objetivos. En la planificación del programa educativo dirigido a los pacientes, los odontólogos deben saber que su mensaje se relacionará con las aspiraciones del niño. El mensaje educativo por lo general esta frecuentemente en conflicto con las propagandas de los medios de comunicación, con las presiones de los padres de los niños y con la autogratificación (16).

La importancia de que los padres sean incluidos en el programa educativo se debe a su influencia en el hogar. Deberá establecerse una relación positiva con el paciente y sus padres (16).

2. 5. 2. EFECTO DEL ATUENDO DEL ODONTÓLOGO Y SU EQUIPO.

La vestimenta o atuendo utilizado por los odontólogos varia desde un mono quirúrgico hasta una bata blanca. Hasta hoy día, ningún estudio ha

intentado evaluar el efecto específico que tiene la vestimenta del odontólogo y su personal de apoyo, sobre la conducta de los niños. Sin embargo, se ha afirmado que si un niño ha experimentado una situación de stress o experiencias desagradables que incluyera la presencia de alguna persona con la vestimenta clásica de color blanco, una bata blanca (barbero, médico), la sola aparición del individuo sería suficiente para provocar una conducta negativa, debido a que el sentimiento de miedo puede transferirse de una situación a otra, y de esta manera generalizar sus miedos a la situación odontológica debido a que el uniforme de color blanco es común a estas profesiones (16).

Cohen citado por Ripa, recopiló las preferencias de 300 niños con respecto al tipo de vestimenta que creían debían utilizar los odontólogos. La edad de los niños variaba entre 2 a 15 años y nunca habían ido al odontólogo. Fueron agrupados en dos grupos de 150 cada uno. Cada niño vio una serie de fotos del individuo o de diferentes individuos que estaban vestidos con una chaqueta blanca sobre una camisa y corbata, una camisa y corbata sin chaqueta, o una bata blanca mediana. Se les preguntó a uno de los grupos que “¿Cómo le gustaría que luciera tu odontólogo? Elige uno”. De los resultados obtenidos se concluyó que no hubo ninguna diferencia importante en la preferencia de los niños por un tipo de vestimenta sobre otro. Estos hallazgos permiten indicar que el tipo de vestimenta probablemente no es un factor imprescindible que influye sobre la conducta

de la mayoría de los niños en la situación odontológica. No obstante, es posible que ciertos niños que tienen temores asociativos puedan ser influidos por lo que usa el odontólogo (9),(16).

Las opiniones sobre la importancia de la vestimenta son diversas. Estudios realizados recientemente en el área psiquiátrica y de enfermería refieren que la ropa utilizada produce escasas diferencias de respuesta. De igual manera, los estudios odontológicos señalan que no existe una preferencia manifiesta por parte de los pacientes. No obstante, según un estudio realizado por la asociación de odontopediatras diplomados, un número suficiente de niños reaccionan de manera desfavorable ante los uniformes de color blanco, como para que muchos odontólogos infantiles se vean en la obligación de llevar uniformes de colores (12).

Los niños, que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas previas pueden sentir miedo al ver una mascarilla o tapa boca. Consecuentemente, Siegel y col. citados por McDonald y Avery, sugieren que llevar una mascarilla durante el tratamiento odontológico tiene reducida importancia en los niños más pequeños, aunque recomienda que no la lleve puesta cuando el niño entre al consultorio (12).

El odontólogo debe utilizar una vestimenta atractiva pero sobria, deportiva pero seria, cómoda pero elegante sin exageraciones. Pero siempre tomando en cuenta las normas de bioseguridad (17).



FIGURA N°2: Atuendo del odontólogo y su equipo asistencial.

2. 5. 3. EFECTO DE LA DURACIÓN Y HORA DE LA CONSULTA

La bibliografía consultada ha enfatizado que las consultas para los niños deben ser cortas, debido a que estos se agotan cuando las citas tienen una duración prolongada. Sin embargo, con el advenimiento de los instrumentos de alta velocidad, avance de la tecnología y la eficacia, los procedimientos cada vez son más cortos y agradables. Por el contrario, Ripa expone que la duración de la consulta se ha extendido a fin de realizar el tratamiento completo en una sola consulta, dependiendo del caso. Lenchner, evaluó el efecto de la duración de la consulta entre niños de la edad de 3 años y 11

años; no se encontró ninguna diferencia importante entre la conducta de los niños durante las consultas largas (45 minutos ó más) o cortas (30 minutos o menos). No obstante, había una tendencia hacia el deterioro de la conducta durante las consultas prolongadas (16),(17).

Según Martín y col., la consulta inicial que no tiene carácter de emergencia, debe durar aproximadamente 30 minutos. En los primeros 15 minutos se toman las radiografías dentales mientras que el progenitor es entrevistado por un empleado del consultorio. En los otros 15 minutos restantes de la consulta inicial se realiza el examen clínico, la interpretación de las radiografías, orientación nutricional si es necesario. Luego se elabora un plan de tratamiento por cuadrantes (14).

En cuanto a la hora de la cita, sin duda que cuando se trata de infantes o pacientes con conducta problema, las mejores horas son las de la mañana debido a que están más descansados, dispuestos emocionalmente y son más cooperadores. En la tarde, pueden estar cansados o enojados por haber perdido la siesta. Sin embargo, Lenchner citado por Ripa, evaluó el efecto de la hora del día de las consultas sobre la conducta de los niños, y encontró que no tenía ninguna consecuencia importante en la conducta. De lo anterior, podemos deducir que el momento para el que es programada una consulta deberá depender más de la conveniencia que del posible efecto sobre la conducta del niño pero siempre individualizar cada paciente (16), (17).

2. 5. 4. EFECTO DEL AMBIENTE FÍSICO Y SU ATMÓSFERA

El ambiente creado para el niño en el consultorio odontológico, es una consideración importante y debe dársele suficiente reflexión para lograr la atmósfera más placentera posible. La apariencia del consultorio y la personalidad del equipo auxiliar deberán adaptarse a las necesidades del paciente pediátrico y al mismo tiempo de cuidar de los gustos y confort del adulto (9).

Sin duda, un lugar agradable y cómodo, ofrece mejores posibilidades de un mejor comportamiento; si a esto se le agrega un equipamiento sencillo, no sofisticado, que llame la atención del niño, el manejo se beneficia. Al paciente niño le gusta participar con los objetos nuevos que encuentre; figuras, fotografías, juguetes, juegos, entre otros, deben ser fáciles de manejo e interpretación que le permita al niño establecer diálogo sobre lo que ve o acciona (9).

Swallow y col. citados por Ripa, evaluaron la ansiedad de los niños con respecto al efecto del ambiente donde fue realizada la entrevista y el tratamiento odontológico. Estos hallaron que los niños que fueron atendidos en el ambiente relativamente más agradable del consultorio modificado o sala de entrevistas, exhibieron los más bajos niveles de ansiedad (utilizaron las escalas de ansiedad de analogía visual junto con la Escala de Frankl para

evaluar la conducta de los niños). Contradictoriamente, los entrevistados y tratados totalmente en el consultorio modelo mostraron sólidamente los más altos niveles de ansiedad. A partir de esto, se concluye que los tratamientos odontológicos aplicados en un ambiente agradable, puede aliviar a los niños de su ansiedad sobre esta situación (16).

El consultorio odontológico contiene personas, objetos y una decoración que forma parte del ambiente del niño, por tanto un consultorio que inspira deslustre o que no comunica calor, no podrá estimular la estructura que exhibe el pensamiento del niño, ni podrá ejercer influencia positiva en las actitudes que muestre el niño. Bohuslav (1970), afirma que la preparación psicológica el niño es iniciada en el ambiente físico. El niño primero forma sus opiniones y temores en base a la información percibida de esta fuente. Alpern (1975), al analizar los aspectos etiológicos que están asociados al estrés y la emoción en el niño, expresaron que un ambiente tal y como lo representa el consultorio puede evocar estos sentimientos (8).

Las personas, en este ambiente, son el factor más importante. Si los auxiliares dentales actúan en un consultorio odontológico independientemente, con respecto a sus otros compañeros de trabajo, queda destruido el funcionamiento eficiente en equipo. La comunicación saludable con el paciente niño se ve limitada. La recepcionista que no es capaz de detectar y registrar los detalles narrables en la sala de espera no podrá

suministrarle al personal empleado cualquier información adicional que le permite entender algunos aspectos que le permitan tratar al paciente. El asistente dental que habla con el niño en momentos que no son adecuados, rompe la comunicación que pueda existir entre los pacientes y el profesional. Estos tipos de conducta no adecuadas afectan la efectividad que pueda tener el equipo odontológico (8).

El odontólogo y su equipo de trabajo deben ayudar que el consultorio sea un lugar que influya de manera positiva. En forma indirecta, el equipo odontológico puede estimular las actitudes positivas en la familia hacia la asistencia odontológica y al realizar esto atenuar el efecto que puedan ejercer las observaciones negativas que puedan hacer personas extrañas al núcleo familiar (8).



FIGURA N°3 Y N°4: Ambiente físico y atmósfera del consultorio odontológico.

2.5.5. EFECTO DE LA PRESENCIA DE LOS PROGENITORES EN EL CONSULTORIO.

Uno de los puntos más controversiales en la odontología pediátrica actual constituye la presencia del progenitor en el consultorio. Esta es un área de preocupación para los progenitores, odontólogos, el equipo de trabajo y para el paciente. Los padres históricamente han sido excluidos del consultorio odontológico en el momento en que sus hijos reciben asistencia. La separación del niño y de su progenitor era considerada como una estrategia empleada en el consultorio que eliminaba muchos problemas del comportamiento. La exclusión del progenitor permitía que el odontólogo desarrollara un “rapport” con el paciente pediátrico sin la interferencia de su progenitor. Glasrud reportó que el 75% de los odontólogos entrevistados veían a los padres como un obstáculo debido a que no permitían el control de la conducta del niño o incrementaban los problemas para control del comportamiento, como también interrumpían o retardaban los procedimientos odontológicos, por lo tanto excluían a los padres del consultorio. Se ha reportado que un 7% de los odontólogos norteamericanos reportan haber tenido a un padre en el consultorio durante el tratamiento (18),(19).

Bauchner y col. citados por Kamp, estudiaron a un grupo de padres que traían a sus hijos al servicio de emergencia de medicina pediátrica y notaron que la mayoría de los progenitores querían estar presentes cuando sus hijos

eran sometidos a un tratamiento invasivo, tal y como lo constituye la colocación de una vía intravenosa. La mayoría de estos padres pensaban que su presencia hacían sentir mejor a su hijo y que ayudaría al médico. La asociación de salud para niños (ACCH) promueve la participación del progenitor (18).

A través de estudios realizados se ha evaluado la presencia del representante en el consultorio en el momento en que se aplica tratamiento. Wright y Alpern citados por Kamp, determinaron una correlación directa entre la ansiedad dental, la ansiedad del niño y la conducta negativa en el consultorio. Wright, recomienda que los niños muy jóvenes que no han alcanzado la edad de comprensión ni de comunicación en forma completa, deben ser acompañados por sus progenitores. La presencia de los padres también se comprobó que era beneficiosa cuando se trabaja con niños que tienen limitaciones, debido a que los padres le pueden dar a los odontólogos informaciones e interpretaciones que ayudan a entender a estos pacientes especiales (18).

Mientras que la ansiedad por separación no puede ser considerada un comportamiento apropiado para un niño de mayor edad, para un niño de 10 a 24 meses de edad se considera una parte normal del desarrollo. Esta debe ser considerada como una adaptación necesaria y saludable que el niño hace para desarrollarse emocionalmente (20).

En la teoría de desarrollo de Freud estos niños se ajustarían dentro de la etapa oral. La teoría de Erikson coloca a muchos de estos niños en la etapa de confianza versus la no confianza, lo cual probablemente es el principal tema en la ansiedad por separación. La teoría cognoscitiva de Piaget muestra que estos niños están en la etapa psicomotora del desarrollo cognoscitivo. Estas teorías ayudan a explicar el amplio rango de cambios que ocurren en el niño y como el comportamiento puede ser apropiado en un punto en el tiempo y no es apropiado en otro momento (20).

Los profesionales quienes trabajan diariamente con niños entienden y reconocen la ansiedad por separación y tratan de trabajar con la estructura del desarrollo de cada niño. La odontología pediátrica es un campo en la cual la ansiedad por separación es un problema diario en los niños pequeños. No solo es el niño separado de su progenitor, sino también procedimientos incómodos con poca o ninguna intervención farmacológica. Esto difiere de la práctica médica donde la mayoría de los procedimientos incómodos son ejecutados bajo anestesia general o bajo sedación. Si se le permite o no al padre acompañar al niño en el acto operatorio es tema de controversia en la comunidad odontológica pediátrica. Las pautas de la Academia Americana de Odontología Pediátrica 1996-97 reconocieron las amplias diferencias en la filosofía del clínico y el amplio rango de separación entre el niño y sus padres. Los parámetros establecían que la decisión de si el padre era excluido o incluido debe estar basada en los objetivos de ganar la atención

del paciente y la complacencia, evitando comportamientos negativos y estableciendo una autoridad (20).

La presencia del progenitor en el acto operatorio no parece incrementar el comportamiento perturbador en los niños y posiblemente puede incrementar el comportamiento cooperador. Sin embargo esto depende de la interacción de los padres con el niño, debido a que padres ansiosos o agitados pueden ser una influencia negativa (20).

Tradicionalmente, la odontología ha favorecido la exclusión de los padres durante el tratamiento. Esta tendencia puede estar cambiando hacia una participación más parental. En un censo en 1972 de 120 diplomados de la Asociación de Pedodoncia, 5 (4%) de los que respondieron dijeron que ellos siempre permitían que el padre estuviera con el niño, 97 (81%) de los que respondieron dijeron que ellos permitían que los padres estuvieran presentes con el niño en casos seleccionados, y 18 (15%) de los que respondieron dijeron que ellos nunca permitían que el padre estuviera presente con el niño durante el tratamiento operatorio. En un censo en 1979 de 34 miembros de la Academia de Odontología Pediátrica del Estado de Washington, se encontró que el 84% de los diplomados y el 80% de los miembros permitían que los padres estuviesen en el procedimiento operatorio en los casos seleccionados siendo la mayoría de estos casos niños de 0-3 años de edad. Cipes y Miraglia citado por Guthrie, en un censo en 1985 de 60 odontólogos infantiles

en el Estado de Connecticut, encontraron que el 71% permitía la presencia parental durante el examen de los niños de 3 a 5 años de edad, mientras que el 55% generalmente permitía la presencia parental (con la misma edad) para las consultas de tratamiento. En un censo en 1989 realizado por Nathan citado por Guthrie, de los 616 diplomados y no diplomados, él encontró que el 60% de los que respondieron permitían la presencia del padre durante el examen y el 49% estuvo de acuerdo en permitir la presencia del padre en el tratamiento restaurador. Mas recientemente Marcum, Turner y Courts en un censo en 1995 de 90 participantes de odontología pediátrica en Florida, encontraron que el 90% permitía que los padres estuviesen para el examen en niños menores de 4 años de edad y el 40% nunca permitía que los padres estuviesen con el niño para procedimientos restauradores en menores de 4 años de edad. Estos estudios señalan una tendencia general de participación parental incrementada por los odontólogos infantiles; no obstante aún es desconocido si la causa de esta tendencia es la prevención del desorden de ansiedad, las presiones sociales o el uso disminuido de las técnicas aversivas (20).

La presencia de los padres y el comportamiento de los niños en la odontología ha sido estudiada en el transcurso del tiempo. Lewis y Law citados por Guthrie en un estudio en 1958, de 18 niños en edades comprendidas entre los 5 años y medio y los 7 años, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las reacciones psico-

fisiológicas por la presencia o ausencia de los padres durante la profilaxis oral. Frankle, Shire y Fogels (1962) citados por Guthrie, encontraron que los niños separados entre los 41 y 49 meses quienes estuvieron bajo tratamiento odontológico presentaban mas comportamientos negativos que sus contrapartes no separadas, mientras que aquellos mayores de 4 años de edad no presentaron diferencias significativas en el comportamiento si eran separados o no. Veham, Bengston y Cipes citados por Guthrie, no encontraron diferencias significantes en relación a la presencia o ausencia de los padres en las medidas de respuestas del niño (pacientes con un promedio de 4 años de edad). Pfefferle y col. en un estudio de 100 pre-escolares de Carolina del Norte, de 3 a 5 años de edad, encontraron que no había diferencia significativa en el comportamiento entre los niños tratados con sus padres y la ausencia de los mismos. En un estudio de 1993 de 273 niños suizos de 3 años de edad, con sus padres presentes para el examen bucal se encontró que el 13% demostró aceptación y el 11% reacciono negativamente. En este mismo estudio, 85% de los niños que rehusaron o reaccionaron negativamente, no se sentaban solos en la silla odontológica, un factor el cual se ha considerado ser un factor predictor valioso del comportamiento del paciente (20).

En un estudio en 1993 de pacientes pediátricos británicos, de un promedio de edad de 8 años y 3 meses, se demostró que la separación de los niños de las madres incrementaba la frecuencia para un comportamiento negativo,

particularmente en el grupo de 4 a 8 años de edad. Estos estudios señalan el inter-juego crucial entre la ansiedad por la separación del desarrollo (ASD), la edad del paciente, la presencia de la figura de apego y el comportamiento del paciente (20).

Este tema es complicado porque los padres también tiene una opinión sobre si ellos deben acompañar a sus hijos durante la consulta odontológica. En un censo de 79 padres, el 66% de los padres deseaban estar con el niño durante la consulta. Del 66%, 85% respondió que ellos mismos se sentirían mejor y el 92% dijo que ellos creían que su niño se sentiría mejor. Un estudio de 100 padres que acompañaron a sus hijos para el tratamiento odontológico encontró que el 75% de los padres deseaban estar siempre con sus niños mientras que el 90% dijo que ellos dejarían el consultorio si se les pedía. En este mismo estudio la edad promedio en la cual los padres pensaban que el niño podía estar sin compañía para el tratamiento fue a los 8.2 años. En un estudio británico mencionado anteriormente, 53% de los padres deseaban estar presentes en todas las ocasiones mientras que un 47% deseaban estar presentes en algunas ocasiones (20).

La mayoría de los niños han detenido la etapa de desarrollo normal de la ansiedad por separación a los 2 años de edad. Si la ansiedad por separación continúa luego de esta edad y comienza a interferir con el funcionamiento del niño, se conoce como desorden de ansiedad por separación o DAS. No fue

sino hasta 1980 que el desorden de ansiedad por separación de la niñez y de la adolescencia fue descrito clínicamente. Los criterios para diagnosticar son: ansiedad excesiva, separación y una figura de apego del niño. Los rasgos claves incluyen (pero no están limitados a esto) mal humor ante posibles daños provenientes de la figura de apego, preocupación por los eventos pasados, rehusarse a ir a la escuela y el temor de dormir sin los padres . Debe tenerse cuidado en no confundir este desorden con ADS, debido a que es una etapa del desarrollo bien conocida, transitoria y puede continuar durante los años pre-escolares (20).

Un clínico debe diferenciar entre un niño emocionalmente con ansiedad por separación continua y el niño con inicio temprano de desorden de ansiedad por separación (DAS). Las dos pueden ser diferenciadas por la edad de inicio, su persistencia a lo largo de la niñez y su impacto general. La ADS usualmente se resuelve sin ninguna intervención o tratamiento específico, mientras que el desorden de ansiedad por separación no se resuelve sin alguna clase de tratamiento o intervención (20).

Los odontólogos no deben confundir la fobia dental simple o ansiedad con DAS. Aquellos niños con desorden por separación de moderado a severo necesitan la intervención de un psiquiatra infantil o psicólogo. El inventario de síntomas de ansiedad por separación puede ser utilizado para medir el nivel de ansiedad por separación. El tratamiento del desorden de ansiedad por

separación puede consistir en el uso de medios farmacológicos y/o no farmacológicos. La psicoterapia y la modificación de comportamiento debe ser siempre la primera línea de acción. La terapia de juego puede ser utilizada como un medio para el tratamiento no farmacológico del DAS (20).

Ha habido un incremento en la participación parental en la práctica de la odontología infantil. Esta puede ser acertada para el tratamiento odontológico de los niños de la edad 3 años ó menos con la consideración de la ansiedad por separación del desarrollo y la necesidad emocional del niño por la presencia de los padres. La presencia de los padres demandada por el paciente más allá de esta edad puede ser el signo de una perturbación fundamental tal como DAS o fobia dental. En cualquier momento que el clínico sospeche de DAS en un paciente, una referencia al psiquiatra o psicólogo infantil para la evaluación debe estar garantizada (20).

Omitiendo la edad, la presencia parental en el tratamiento operatorio es algo que algunos pacientes y especialmente los padres demandarán en el futuro. Hay una amplia ventaja en la respuesta del paciente a la presencia parental durante el tratamiento que depende de muchos factores incluyendo el tipo de apego, estilo de modelo individual y el estilo parental individual. Como regla a medida que el niño es más pequeño, mayor incomodidad estará asociada con la separación de los padres. La inclusión del padre en el proceso de tratamiento también puede ser una forma de evitar la litigación a

través de la prevención de la mala interpretación. El clínico se enfrenta con la decisión de permitir a los padres que decidan ellos mismos si quieren o no estar presentes o excluir a la mayoría de los padres rutinariamente, con la excepción de los padres de niños muy jóvenes o de pacientes con discapacidades. Como con cualquier técnica o procedimiento los padres del niño deben estar informados de la política del consultorio y de los riesgos y beneficios de esta política (20).

Ambos, la ansiedad por la separación del desarrollo y el desorden de ansiedad por separación, tienen un impacto sobre aquellos que trabajan con los niños. El reconocimiento y la diferenciación entre los dos son vitalmente importantes para el mejoramiento general del niño. La literatura avala la presencia de los padres en la operatoria dental para niños de 3 años de edad o más jóvenes debido al proceso de desarrollo conocido como ansiedad por separación. Muchas profesiones de la salud han ajustado sus políticas de atención y técnicas para adecuar las reacciones normales de la ansiedad por separación. El reconocimiento temprano y el tratamiento del desorden de ansiedad por separación son las claves para el éxito en el desarrollo a largo plazo del individuo afectado. Este desorden es multifactorial, con una cercana asociación con la interacción niño-padre o niño-figura de apego. Un padre bien informado es el mejor aliado en el tratamiento del paciente en un ambiente que se apegue a la política del consultorio y que pueda ayudar a evitar la litigación (20).

Aunque no hay un acuerdo general entre los odontólogos infantiles por medio del cual se establezca si un representante debe ser aceptado o no en el consultorio durante el tratamiento odontológico, existen tendencias que muestran un aumento en el nivel de participación parental en la toma de decisiones, consentimiento y suministro de asistencia (18).

TABLA N°4 : RAZONES DE STARKY PARA LA SEPARACIÓN

NIÑO-PADRE

1.- Los padres a menudo repiten ordenes, creando molestias en el odontólogo y en el paciente.
2.- Los padres dan órdenes, convirtiéndose en una barrera para el desarrollo del “rapport” entre el odontólogo y el niño.
3.- Los odontólogos son incapaces de utilizar una mayor entonación de voz en presencia del padre debido a que ellos pueden sentirse ofendidos.
4.- El niño divide la atención entre el padre y el odontólogo.
5.- El odontólogo divide la atención entre el padre y el niño.

(Fuente: Guthrie Andrew, 1997).

2.6. REACCIONES DE LOS NIÑOS A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

El éxito del ejercicio de la odontología pediátrica no solo depende de las habilidades del profesional sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del niño. Según Ripa, la mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores, en estos casos el profesional deberá apoyar su conducta. No obstante, cuando un niño no coopera esta conducta debe ser modificada y controlada (16).

2.6.1. ANSIEDAD Y MIEDO

La consulta odontológica provoca un cierto grado de aprensión o ansiedad en la mayoría de los niños, en especial en el niño pre-escolar quien puede experimentar no solo temor de un posible dolor o daño y miedo a lo desconocido sino también un temor de separación de la madre (16).

Los niños responden y enfrentan las situaciones de estrés incluyendo los procesos mentales y emocionales internos del individuo y sus respuestas o conductas externas. Pueden ser estimulados por sucesos externos o por conflictos internos. La conducta externa es lo que el profesional puede observar y que comúnmente logra ser evaluada. Un niño puede responder a una consulta pasivamente o rechazándola. No es la ansiedad en sí lo que determina el tipo de paciente sino la forma de admitir sus miedos (16).

La mayoría de los niños que se enfrentan a una consulta odontológica demostraran una conducta de acuerdo con su edad y su nivel de madurez emocional. Algunos responden con una conducta no cooperadora o interruptiva. Existen diversas razones para ello; pueden ser demasiados pequeños o inmaduros emocionalmente para comprender la necesidad del tratamiento odontológico. Para otros niños puede estar faltando autoridad parental o contrariamente ser demasiado severa. De cualquier manera, la madurez emocional y la capacidad de asumir nuevas situaciones para desarrollar una conducta aceptable puede estar impedida. Los niños mayores tal vez desarrollan temor al tratamiento odontológico porque un progenitor le transmitió inadvertidamente sus temores o por haber escuchado historias sobre odontología de sus hermanos o amigos. Ellos también podrían estar asustados debido a experiencias previas en el consultorio de un médico, hospital o en otro consultorio (16).

Los temores que ha adquirido un niño por sugerencia de otros se denominan *temores subjetivos* y los que resultan de la propia experiencia son llamados *temores objetivos*. Los temores subjetivos son más intensos, debido a que son magnificados por la imaginación del niño (16).

Es recomendable que los odontólogos que están en ejercicio puedan evaluar la ansiedad que les crea el consultorio a los pacientes, para poder

identificar cuales de ellos necesitan ayuda especial para poder superar este temor limitante (21).

Investigaciones conducidas anteriormente han estudiado la ansiedad en niños, los cuales son referidos a los departamentos dedicados a la odontología pediátrica debido a su miedo. Existen factores externos que pueden ejercer una influencia sobre esta conducta, entre ellos: la ansiedad que pudieran sentir sus padres, la influencia que pudiesen ejercer sus compañeros de juego o estudios así como su historia socio-económica. Además, en otros estudios se ha demostrado el efecto que pueden surtir experiencias pasadas en el consultorio odontológico, las respuestas que puedan dar los pacientes ante los instrumentos odontológicos que fueron utilizados en esa consulta y el hecho de que el odontólogo hubiese usado una bata blanca cuya presencia pudiese detonar una respuesta de miedo en el paciente pediátrico.(21).

Los factores edad y sexo en el niño continúan siendo áreas de controversia. En algunos estudios se han establecido que las hembras son más miedosas que los hombres; según los resultados obtenidos en otros estudios se establece que no existe diferencia entre ambos, mientras que otros destacan el papel que ejerce la edad como un factor que actúa conjuntamente con el género (21).

Solamente después de cierta edad se hacen evidentes las diferencias en la ansiedad entre hombres y mujeres. La edad cronológica se consideró que era importante debido a su efecto sinérgico, el cual podía aumentar o disminuir la ansiedad dental tanto en varones como en hembras. Sin embargo, a la edad de 6 y 7 años, la ansiedad disminuyó y la mayoría de los niños pudieron enfrentar la situación en el consultorio odontológico (21).

La edad cronológica puede ser usada como un factor que permite predecir la respuesta que pudiera dar el niño ante el tratamiento. Ana Freud, no estuvo de acuerdo. Ella insistió en que la edad cronológica constituía un factor de predicción deficiente en lo que se refiere a cual podía ser la respuesta que pudiera dar un niño ante una situación potencialmente provocadora de ansiedad. Ella opina que el nivel de desarrollo psicológico constituyó el mejor factor de predicción. (21).

La importancia que tiene la edad cronológica de 6 a 7 años era que el niño estaba entrando a una fase de desarrollo psicológico conocido como el período de latencia. Un niño que está en período de latencia, se podría decir que es relativamente independiente de sus padres, mantiene buenas relaciones con sus parientes y amigos, pocas adicciones alimentarias, buen control de orina y heces, y puede dormir toda la noche.

También se podría decir que los niños que están entrando a la fase de latencia pueden enfrentar exitosamente la experiencia productora de ansiedad que representa la consulta odontológica (21).

Según Koroluk, es frecuente que los pacientes pediátricos sean incapaces de aceptar el tratamiento odontológico, sobretodo cuando se trabaja con pacientes de corta edad que no cooperan, puede que se requiera la aplicación de técnicas como lo son: el control físico, la sedación consciente o la anestesia general, si queremos completar el tratamiento de una forma eficiente (22).

Un grupo de niños de 2 a 3 años de edad quienes fueron sometidos a un tratamiento en el que se utilizó medicación por vía oral y anestesia general, sus madres reportaron cambios en sus conductas después de cuatro semanas; que no fueron observados en los niños que recibieron un tratamiento rutinario, es decir, sin medicación por vía oral ni anestesia general. Varpio y Wellfelt, notaron que los niños que habían sido sometidos a un tratamiento odontológico en el que se usaron métodos convencionales siempre aceptaban en forma positiva el tratamiento, en contraste con los niños a quienes se les suministraba asistencia dental con ayuda de anestesia general (22).

Cuando el paciente ha sido hospitalizado, ha sido sometido a procedimientos quirúrgicos y procedimientos médicos dolorosos su conducta ha sido asociada a una conducta deficiente en las consultas odontológicas subsecuentes. La combinación de enfermedad y hospitalización se ha demostrado que constituye una experiencia que descontrola y molesta al paciente psicológicamente, generándose una ansiedad mayor que no le permite conciliar el sueño y una agresión cada vez mayor hacia las figuras de autoridad (22).

Lorne observó que aquellos niños que describen altos niveles de ansiedad hacia el tratamiento odontológico tenían un mayor porcentaje de caries dental en comparación con los niños que mostraban niveles inferiores de ansiedad. En los niños ansiosos, la asistencia dental rutinaria puede ser evitada y la asistencia esporádica puede ser suministrada a través de consultas de emergencias. En estos casos, las primeras intervenciones cuando se realizan en forma superficial permiten que la enfermedad dental evolucione hasta crear situaciones que requieran un tratamiento complicado (22).

El nivel de ansiedad dental tiende a ser dinámico y estar relacionado con la edad, Todd demostró que la proporción de niños que fueron reportados por sus madres como nerviosos ante el tratamiento dental aumentaba a

medida que avanzaba de grado escolar y luego se equilibraba en los años en la que los pacientes cursaban la escuela secundaria (22).

El temor al tratamiento odontológico constituye uno de los mayores obstáculos en el momento en que se quiere aplicar un tratamiento. El procedimiento que se aplica para eliminar ese temor puede ser farmacológico o psicológico, o una combinación de ambos (23).

El temor es común entre las personas. En una encuesta efectuada en 1988 sobre salud bucal, el 45% de los pacientes adultos explicaron que el temor que sentían constituía la barrera más grande que les impide buscar la asistencia dental, y el porcentaje de pacientes aumentaba entre los grupos de bajo nivel socio-económico y entre los pacientes que asistían de forma irregular a las consultas (23).

En otra encuesta, que fue efectuada por teléfono, en la que fueron entrevistados 1000 adultos, se demostró que el 50% de la población tenía algún temor hacía el tratamiento odontológico, el 20% de este grupo afirmaba que esto interfiere con su capacidad de recibir un tratamiento adecuado, y el 3% está sumamente asustado. En las mujeres se observó aproximadamente el doble de la probabilidad de que reportaran miedo cuando se comparaba con el porcentaje de hombres que lo hacían; y los investigadores piensan que esto puede ser debido a que ellas admiten que

sienten miedo espontáneamente. Los tres procedimientos odontológicos ante los cuales sentían más miedo eran: a las inyecciones, el uso de la turbina para la eliminación de las caries y a la limpieza (23).

Aproximadamente dos tercios de estos pacientes temerosos adquieren su miedo cuando estaban en la escuela o antes de ingresar a ella y el 17% adquirió ese miedo cuando tenía la edad de 17 años o cuando alcanzaron la adultez. El temor de origen odontológico no es transitorio, este se consolida con el individuo (23).

Tsubouchi y col., condujeron un estudio sobre la ansiedad dental en adolescentes japoneses y establecieron que el 77% de los pacientes sentían por lo menos *“algo de miedo”*. Ogura y col., examinaron 137 pacientes en Argentina y reportaron que el 48% de los pacientes mostraba algún temor dental (24).

La etiología del miedo odontológico ha sido investigada. En algunos estudios, se llegó a la conclusión de que eran repercusiones de las experiencias odontológicas vividas en la niñez del paciente. Kleinknecht y col. citados por Tsubouchi y col., estudiaron los estímulos que provocan el miedo y las reacciones que estaban asociadas a la odontología y reportaron que un 17% de pacientes se veían influenciados por historias que escuchaban de amigos y parientes ó que veían en la televisión caricaturas

animadas que les hacía dar una respuesta anticipada de trauma ante la consulta odontológica. Liddell y May citados por Tsubouchi y col. demostraron que muchos adultos atribuían sus temores a haber sido víctimas de dolor en el desarrollo de un tratamiento odontológico en su niñez. Domoto y col., reportaron en forma similar que el temor de origen odontológico ocurría como consecuencias de experiencias dentales traumatizantes vividas en la niñez e insistió en la necesidad de evitar la consolidación del miedo de origen odontológico (24).

Tsubouchi y col., investigaron la relación que existe entre la salud bucal y la ansiedad en 153 niños, quienes se encontraban entre la edad de 3 y 6 años. Las madres de estos niños estaban presentes en la consulta inicial. Utilizaron un cuestionario con la finalidad de medir la ansiedad tanto en la madre como en el niño. El examen clínico fue aplicado a todos los niños. La ansiedad materna y la condición de salud bucal fueron evaluadas en grupos de niños que describían niveles de ansiedad altos o bajos. El nivel de ansiedad que tenían los niños se correlacionaba significativamente con el nivel de ansiedad de la madre. Los niños que experimentaban altos niveles de ansiedad presentaban una más alta prevalencia de caries que aquellos que referían niveles bajos de ansiedad. El 89% de los niños que experimentaron altos niveles de ansiedad describían que su motivo de consulta era dolor o caries, en comparación con un 63% del grupo que experimento niveles bajos de ansiedad (24).

El temor o miedo se observa a lo largo de la niñez y la adolescencia. El miedo suele ser considerado como una emoción esencial, normal, saludable, útil e inevitable, generando “una actitud de pelea o huida” en momentos de peligro y creando las condiciones para que el niño desarrolle prudencia y cautela, de esta forma suministrándole a los niños una herramienta que los ayuden a adaptarse a los años estresantes que les pueda imponer la vida. Las respuestas fisiológicas causadas por esta excitación emocional preparan al organismo para el combate, la fuga y el bloqueo. Por lo tanto, es normal que los niños les tengan miedo a situaciones nuevas que estén caracterizadas por un peligro potencial. Así como también, se entiende que sientan miedo de una situación que les ha producido daño en experiencias previas. Al sentir miedo se pueden agudizar también las percepciones, movilizar energías y aumentar los reflejos. (25),(26).

Una primera respuesta ante un objeto o estímulo temido es evitar o escapar de la situación temida. La huida o fuga reduce el temor y es por lo tanto recompensante. Desafortunadamente, no le permite al individuo averiguar si sus primeras impresiones fueron correctas o no, en consecuencia, queda reducida la posibilidad de aprender (25).

Resultados obtenidos en ciertos estudios que han sido conducidos sobre prevalencia describen diferentes niveles de incidencia del temor dental

dependiendo de la edad del niño y del procedimiento utilizado para medir el miedo odontológico (25).

Por lo general, las niñas reportan más miedo que los varones. Los índices más altos ocurren en la edad pre-escolar (2 a 4 años). Surgen controversias constantes cuando los investigadores quieren hipotetizar que esto es debido a:

1. La timidez con que nacen las niñas.
2. La crianza, debido a que los adultos les enseñan a las niñas que demuestren sus temores mientras que le dicen a los niños que disimulen el miedo.
3. Los niños tienden menos a mostrar sus temores que las niñas (25).

En realidad, los tres factores están actuando, probablemente, de forma simultanea (25).

Podemos concluir por tanto que psicológicamente, el miedo y la ansiedad son dos entidades distintas. El miedo o temor, es una respuesta emocional normal del ser humano que ocurre en situaciones de estrés o incertidumbre (17). Magnusson, lo define como una reacción frente a una amenaza real y corresponde en un plano psicológico a la respuesta física al dolor. Sin embargo, aunque tanto el temor como la respuesta física al dolor son desagradables, sirven como medios de alarma, y esas reacciones son

necesarias para la conservación del hombre. Para experimentar esta reacción de miedo, hay que tener desarrollada la inteligencia, que permita diferenciar aquello que exige temor por ser dañino, de aquello que solo es subjetivo (9).

Por el contrario la preocupación y la ansiedad, son estados emocionales que se originan en fuentes internas, tales como fantasías y expectativas no reales. Es imposible separar el temor de la ansiedad, debido a que aquél nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad (9).

Rubin y col. citado por Pimentel (1999) definen la ansiedad como una reacción a un peligro desconocido, su fuente se localiza en el inconsciente y se describe como aprensión intensa, malestar difuso, no formulado, reflejado en una combinación peculiar de alteraciones visceromotoras y tensiones esqueléticas (26). Actualmente se conoce que el estado de ansiedad es una reacción que proviene del sistema límbico, específicamente del hipotálamo, tálamo, hipocampo y complejo nuclear amigdalino (27).

Estas reacciones son muy difusas en comparación con el miedo que es más concreto. No obstante, se consideran juntas, sin distinción. La ansiedad, algunas veces, esta expresada como temor a lo desconocido y no se relaciona a un aspecto específico. En la edad temprana, el miedo y la ansiedad están tan cerca, que no pueden ser separadas (17).

El miedo se puede definir según Rubin y col. (citado por Pimentel), como una reacción a un peligro conocido y su fuente se localiza en el consciente. Pudiendo provocar cambios temporales en el organismo y destruirlo, de poseer suficiente fuerza (26).

Como en el miedo, la ansiedad se hace más manifiesta cuando hay más desarrollo intelectual en el niño. Por esto, la preocupación no es una característica de la conducta del niño pequeño y sí va adquiriendo más trascendencia en el niño escolar. Pero, la ansiedad no tiene una respuesta clara del paciente. Simplemente no se siente bien o no está dispuesto a aceptar ciertas experiencias (17).

El nivel de ansiedad dental tiende a ser dinámico y está relacionado con la edad. Se observa un aumento en el número de temores en el lapso que va desde la infancia hasta la niñez, y algunos estudios muestran un tope cuando el niño alcanza los 11 años de edad y luego se observa una disminución general en el número reportado de temores cuando el paciente entra en la adolescencia. En algunos estudios se ha demostrado que ocurre un aumento en la cantidad de temores reportados en la fase que va desde los 9 a los 11 años de edad con un tope en los 11 años (22),(25).

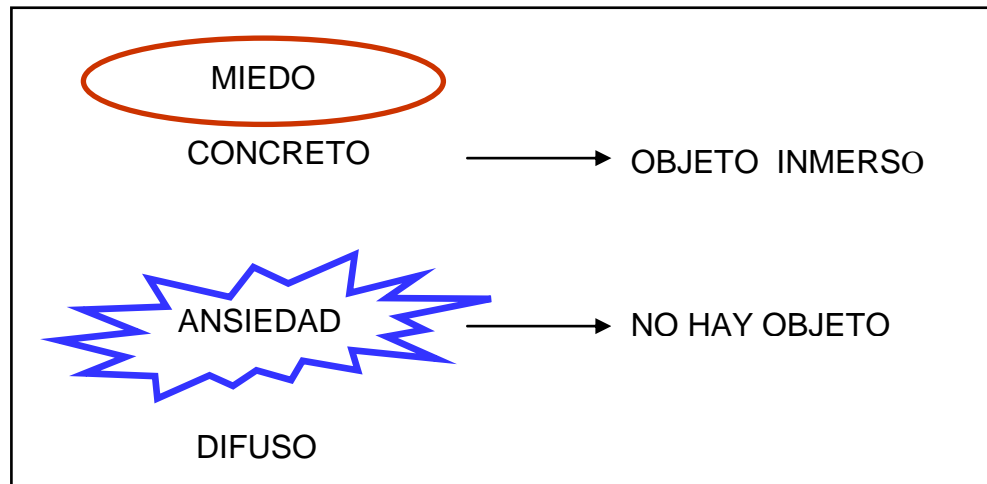
Los temores intensos son comparativamente esporádicos en la infancia y se observa una disminución espontánea en muchos de ellos. Cuando

persisten, se convierten en fobias o en “miedos clínicos”. Producen aflicción, no aceptan cambio y puede ser que requieran una intervención terapéutica. Es importante observar que no se puede predecir cuales temores intensos van a desaparecer y cuales van a perdurar los años que dura la fobia (25).

Según Weiner (1981) citado por Pimentel define la fobia como un miedo irracional ante un objeto o situación determinada, que es un estímulo desproporcionadamente pequeño si se compara con la severidad de la reacción. Por otra parte Rice (1993) define la fobia como un miedo persistente a un objeto o situación que provocan inmediatamente una respuesta de ansiedad (26).

Las fobias, son otro ejemplo de condicionamiento emocional. Una fobia es un miedo que persiste aunque no exista un peligro real. Las personas con miedo a los animales, al agua, a las alturas, a los truenos, al fuego, a los insectos, a los elevadores o cualquier otra cosa, con frecuencia pueden rastrear sus temores a un momento en que se les asustó, hirió, molestó o provocó dolor mientras se encontraban expuestos al objeto o estímulo temido. A este tipo de reacción se le llama respuestas emocionales condicionadas (REC). Una REC es una respuesta emocional aprendida ante un estímulo que antes era neutral. La REC puede convertirse en fobia por la generalización de estímulos (6).

FIGURA N°5. EXPRESIÓN GRÁFICA DE LA DIFERENCIA ENTRE EL MIEDO Y LA ANSIEDAD



(Fuente: Castillo)

Según los autores Castillo y Weiner, las fobias no pueden explicarse ni controlarse, están fuera del control voluntario y eventualmente llevan a evitar en forma total y determinante el estímulo que las causa. Son producto de un miedo repetido. Pueden manifestarse en forma tan intensa que sea un miedo irracional y patológico, que produzca reacciones fisiológicas severas que impidan o interfieran con el desempeño de las funciones diarias del individuo (17), (26). Rara vez se presentan antes de la adolescencia. Dos son los factores involucrados en las fobias:

1. El componente emocional: miedo
2. El componente motor, producto de comportamiento compulsivo (17).

Aunque muchas personas se sienten ansiosas cuando van al odontólogo, aquellas que son fóbicas son víctimas de un temor que va más allá de lo racional. Estas personas no pueden controlar sus temores lo suficiente como para buscar un odontólogo y prefieren aguantar el dolor severo y no ir al consultorio (22).

Una fobia suele ser considerada como una forma especial de miedo que:

1. No corresponde a la realidad.
2. No puede ser explicada
3. Esta fuera de control.
4. Hace que el paciente evite la situación temida.
5. Persiste durante un lapso de tiempo.
6. No permite que el paciente se adapte.
7. No suele estar asociada a una edad o un estado específico (25)

Clínicamente, el temor tiene que adquirir características de fobia para ser tratado. La fobia se piensa que es un miedo que dura más de dos años y que tiene una intensidad que altera el equilibrio fisiológico y el estilo de vida del paciente. Estas definiciones estrictas pueden que requieran de un enfoque más liberal cuando se estudia el miedo y la fobia dental. A muchos niños no se les permite evitar, aunque lo deseen, la asistencia odontológica y su salud tanto general como bucal puede verse afectada si se usa la evitación durante

un lapso de dos años como criterio para diagnosticar una conducta fóbica e implementar un tratamiento (25).

La línea que separa al miedo intenso de la fobia no está bien definida, pero esta última está relacionada con una incapacidad para funcionar. Un paciente con miedo a un tratamiento odontológico específico permite que se le efectúe el procedimiento, a veces presentando cierta resistencia; pero la situación cambia totalmente con el paciente fóbico debido a que éste evita a toda costa que sea realizado el procedimiento (26).

Tanto la ansiedad como el miedo, constituyen un problema universal que acompaña frecuentemente al tratamiento odontológico aplicado a los pacientes niños y que han sido reconocidos como fuentes de problemas serios o consecuencias negativas en la salud bucal de ciertos pacientes. Más aún, los efectos que ejerce en la salud bucal de estos niños puede persistir hasta la adolescencia y puede a su vez, hacer que el paciente evite el cuidado odontológico e inclusive puede desarrollar una conducta no adecuada en el momento del tratamiento. Sin duda, adquirimos muchos de nuestros gustos, aversiones y miedos como respuestas emocionales condicionadas (6),(28),(29).

Esta situación puede ser muy estresante tanto para el odontólogo como para el paciente, lo que puede traer como resultado que el niño no acuda con

regularidad a las consultas programadas e inclusive no asista a consulta, interfiriendo de esta manera con la efectividad del tratamiento. Confirmándose esta realidad con otros estudios que han reportado que el temor dental actúa como una barrera a la asistencia dental y, más aún, que las personas que sienten un miedo dental extremo tienden a evitar la consulta con el odontólogo a menos que la consulta sea muy necesaria. En la mayoría de estos casos, los síntomas se van hacer más severos e intolerables; se complica el tratamiento aumentando el miedo que pueda sentir el paciente. Toda esta situación produce un círculo vicioso. Por lo tanto, se debe prestar atención a las causas y consecuencias que ejerce el miedo cuando se desea romper la “cadena de miedo” (24),(28).

Investigaciones previas han demostrado que la etiología del miedo odontológico es multifactorial. Estos estudios revelan que entre otras cosas, la conducta del odontólogo durante el tratamiento puede ejercer un papel muy importante en el desarrollo del miedo en niños (28).

Otros estudios retrospectivos, han demostrado que pacientes adultos que tienen miedo odontológico suelen atribuírselo a experiencias dentales “negativas” o “dolorosas” y que además de esto, su miedo esta asociado a una imagen “fría” o “desagradable” del odontólogo. La relación que existe entre la conducta del odontólogo y la conducta ansiosa del paciente parece ser más interactiva; los estudios han demostrado que los pacientes no solo

son influenciados por la conducta de los odontólogos, sino que estos a su vez reaccionan ante la conducta ansiosa de sus pacientes. Otros autores han encontrado correlaciones entre la conducta ansiosa del paciente y el lapso de tiempo que precede el encuentro con el profesional (28).

- MIEDOS DURANTE LA INFANCIA

Dupont citado por Pimentel, manifiesta que muchos de los temores o miedos de la infancia son comunes, transitorios y no obstaculizan la vida diaria siendo parte del desarrollo psicológico (26).

En un estudio realizado en niños, el 33% de estos, con edades comprendidas entre 2 y 4 años tenían temores específicos mientras que solamente un 13% de los niños en edades comprendidas entre 6 y 8 años presentaban temores similares (miedos que desaparecen con la edad). Incluso los temores severos disminuyeron en intensidad en un 72% y de estos temores severos 17% desaparecieron completamente a los 18 meses después de haberse realizado este estudio (26).

Según Weinstein y Nathan (1988) citados por Pimentel, el origen de los miedos infantiles son variados, siendo el más común el miedo a los animales, especialmente a los perros, seguidos de la oscuridad, los truenos, tormentas y a los pediatras. El miedo a los animales se puede presentar a cualquier

edad, pero especialmente se manifiesta a la edad de 2 a 4 años; a los 4 años aparece el miedo a la oscuridad y a lo desconocido; a los 6 años hay disminución del miedo a la oscuridad desapareciendo y es en este momento que surge el miedo a socializar (26).

Por tanto, existen diferencias en los tipos de temores entre los niños promedios a diferentes edades, las cuales serán nombradas a continuación extraídas el trabajo realizado por Weinstein y Nathan (ver tabla n°5) (26).

Según Naiani y col., los tres procedimientos odontológicos entre los cuales sienten más miedo son: la turbina, las inyecciones y la limpieza, pero según Gale y Ayer (1969) citados por Pimentel los miedos más comunes fueron: a la inyección, a la turbina, a la exodoncia y al chequeo con el explorador de las lesiones cariosas (23),(26).

TABLA N° 5: RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE TEMORES Y LAS EDADES

EDAD	TEMORES
9 meses - 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Ruidos intensos • Abandono o separación de los padres
2 años - 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Monstruos imaginarios • Animales pequeños
4 años	<ul style="list-style-type: none"> • A la oscuridad y • A lo desconocido
5 años – 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Al colegio y • A socializar
6 años - adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Mutilaciones físicas • Muerte • Acontecimientos naturales y • Ansiedad social

(Fuente Weinstein y Nathan, 1998)

- RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL TEMOR GENERAL Y EL TEMOR DENTAL U ODONTOLÓGICO.

La naturaleza de los temores cambia a medida que el niño madura y que aumenta su capacidad cognoscitiva. En la infancia y en la niñez muy temprana, el temor suele constituir una reacción ante el ambiente, por ejemplo ante sonidos fuertes y objetos que representan una amenaza. Para un niño de corta edad van a ser abrumadores los olores de un consultorio y los sonidos que produce el equipo de trabajo. Sería perfectamente lógico que un niño de 3 a 5 años de edad vea al odontólogo con un protector y una máscara como un objeto amenazante. Las consultas a las que acuda el niño al consultorio, en compañía de otros niños felices de mayor edad, no van a eliminar el miedo que siente, sino que va a permitir que el niño se familiarice con este ambiente extraño para él. Suele suceder que si se le permite explorar tranquilamente, por su cuenta, el niño toma la iniciativa y se va a sentar en la silla de forma espontánea (25).

En los primeros años escolares, los temores han aumentado , incluyendo entre ellos las situaciones de soledad, por ejemplo, el temor a lo desconocido, (lo cual llega al máximo a la edad de 9 años), figuras imaginarias y eventos (elementos sobrenaturales), personas, objetos y eventos específicos (relámpagos y animales) (25).

Aproximadamente a la edad de los 9 años, el temor ante las lesiones corporales también comienzan a notarse claramente. Estos temores dependen de las prácticas aplicadas en la crianza del niño. Los padres dedican la gran parte de su tiempo a enseñar a sus hijos a medir y evaluar las situaciones que representan un peligro o amenaza potencial (no cruzar la calle solo o sin ver antes, no tocar las ollas calientes, no hablar con extraños). La medición o evaluación de estas situaciones esta basada en experiencias o conocimientos previos impartidos por otras personas como lo son las madres, amigos, los medios de comunicación, es decir, aprendizaje por experiencia. Si por ejemplo, usted se quema al tocar una olla caliente, existirán menos probabilidades de que lo haga nuevamente en oportunidades subsecuentes. De la misma manera, una experiencia desagradable en el consultorio resta emoción a los niños, los cuales no van a desear asistir a la consulta en una nueva oportunidad. Una re-evaluación de la situación puede ser lograda básicamente cuando el paciente experimenta un aumento en su capacidad cognoscitiva, logrando este una evaluación diferente de la situación. Por esto se pospone un tratamiento que no es urgente cuando se trata de un paciente que no colabora (25).

Asimismo, ocurre que todos los odontólogos tendrán pacientes felices, quienes seis meses mas tarde estarán deseosos de ser sometidos a una intervención quirúrgica o una exodoncia. Ellos explican que nadie les contó nunca historias que le generaran miedos, parece ser que un nivel de

madurez mayor le permite al niño el logro de un estado superior de conciencia que le permite evaluar la amenaza potencial y el logro de una re-evaluación de la situación. Un abordaje en el que se utiliza la comprensión como herramienta cuando se confronta una situación conflictiva producida por irregularidades ansiogénicas y un nivel de madurez mayor, deben crear las condiciones para que el niño logre otra re-evaluación y por lo tanto, resuelva el problema (25).

Por consiguiente, en la adolescencia, la consolidación de los temores depende de la aceptación social que se logra (medida en base a la falla y a la crítica) y del futuro, por ejemplo, la opinión de los compañeros de grupo y los resultados obtenidos en las pruebas escolares y efectividad académica. Esto significa, que algunos adolescentes van a ser vulnerables ante las críticas que están asociadas a su higiene oral (relacionadas con críticas sobre su apariencia personal) y con su dieta (25).

El temor dental puede surgir:

1. Como consecuencia de eventos específicos, por ejemplo, trauma acontecidos en el pasado cuando se realizó algún tratamiento odontológico (aprendizaje previo) o durante procedimientos médicos (la generalización del temor).
2. Puede ser transmitido de un pariente a un amigo ansioso, o leyendo tiras cómicas o viendo la televisión.

3. Desde adentro de la psicología del individuo, en su parte vulnerable, quien puede sentir un miedo inherente y por lo tanto tender a traumatizarse. Mientras mas fuerte sea el niño, más fácilmente será su capacidad de confrontar los eventos (25).

Existen cinco factores que son importantes cuando se quiere determinar la etiología y consolidación de los temores odontológicos:

1. Temor al dolor y su anticipación.
2. Ausencia de confianza o el temor de ser traicionado.
3. Temor a la perdida de control.
4. Temor a lo desconocido
5. Temor ante la intrusión (25).

- *TEMOR AL DOLOR Y SU ANTICIPACIÓN.*

La relación que existe entre el dolor real o el dolor mal interpretado; o entre la anticipación del dolor y el temor odontológico está bien establecido. Desafortunadamente, la incomodidad y a veces el dolor pueden constituir una característica del tratamiento, hoy en día, independientemente de los esfuerzos realizados para lograr y poder garantizar una analgesia adecuada. Esto nos permite establecer que hay una base genuina para la ansiedad (25).

El otro problema es que a los individuos, especialmente a los niños se les niega el dolor. Frecuentemente, acontece que niños reportan situaciones en las que expresaron que sentían miedo y dolor, y el odontólogo ignora su queja y continuo con la maniobra (25).

Los problemas que un odontólogo conoce que están asociados con la interpretación errada de dolor, pueden ser resueltos explicándole al niño las sensaciones que van a experimentar al aplicar determinado tratamiento (25).

- *AUSENCIA DE CONFIANZA O TEMOR A SER TRAICIONADO.*

Rotter citado por Chapman Kirby-turner, define la confianza como “una suposición que tiene un individuo o un grupo de individuos que le permite pensar que la palabra, promesa, afirmación verbal o escrita de otro individuo o grupo con la que se puede contar”. El abuso de la confianza que se pueda depositar en un odontólogo puede generar un efecto que detone un sentimiento de desconfianza hacia todos los odontólogos. La confianza también puede ser aprendida directamente de la conducta que desarrollan los progenitores, compañeros de grupo, entre otros o indirectamente en base a afirmaciones esbozadas por otras personas u observaciones de comportamiento. Por tanto, es teóricamente posible que los niños aprendan a confiar o a desconfiar del personal médico u odontológico en base a la

conducta que mostraron los progenitores antes de que entren en contacto con el personal que les va a proporcionar la asistencia odontológica (25).

La evidencia que es obtenida en los trabajos de investigación conducidos en adultos, nos hace inferir que la desconfianza que se le tiene al odontólogo constituye un factor importante en el desarrollo del miedo dental. No existe una evidencia formal hoy en día que nos permita corroborar esta hipótesis en niños, aunque la experiencia clínica nos permite inferir que este factor es determinante (25).

Va a depender del niño el nivel de confianza que este deposite en una persona, que ha demostrado que es confiable. A veces esta confianza no aparece a simple vista (25).

- *TEMOR A LA PÉRDIDA DE CONTROL.*

Los niños están acostumbrados a ser supervisados o controlados por sus progenitores y por aquellos que tienen a su cargo esta función protectora. Tienen un sentido innato de los límites que diferencian al control social del control personal. Aunque más o menos aceptan las peticiones que les puedan formular sus progenitores o profesores en lo que se refiere a comenzar o suspender actividades, su reacción ante una orden como “deja de llorar” que le pueda dar el odontólogo, nos permite demostrar claramente

que su capacidad al cumplimiento es limitada. La experiencia que se tiene con niños en el momento que son sometidos a una intervención quirúrgica, es similar a la situación mencionada en la que el profesional le da ordenes al paciente y este no las puede cumplir fácilmente. Visto de una forma simple, no hay manera que el niño deje de sentir miedo a través de una orden, pero si puede un niño normalmente obedecer una orden de sentarse en la silla o abrir la boca (25).

El consultorio odontológico no representa un ambiente adecuado para rehabilitar la confianza en el niño. En realidad, frecuentemente se hace difícil garantizar que ejerce algún control cuando la cavidad bucal la tiene repleta de instrumentos odontológicos (25).

El control percibido o experimentado constituye el factor determinante y puede que no se requiera el factor absoluto u objetivo. El control percibido es logrado a través del suministro de información, por ejemplo, aplicando la técnica de Decir-Mostrar-Hacer la cual ayuda a disminuir el déficit de información que es proporcionada al paciente. El ofrecer a los niños abiertamente la oportunidad de formular preguntas elevan sus niveles de control sobre la información obtenida (25).

Se les debe ofrecer a su vez, una participación en la toma de decisiones. Permítale al niño de 4 años de edad que decida que diente debe ser curado

primero. Esto le dará un grado adecuado de control. Según Chapman Kirby-turner, los niños de 6 años de edad pueden decidir si han de ser sometidos a la técnica de anestesia local o no en el caso de restauración, pero no pueden decidir si van a recibir la restauración o no. Los niños que tienen 10 años de edad pueden requerir que se les aplique la parte fácil del tratamiento ese día porque tienen algún examen o compromiso, o porque no se están sintiendo bien (25).

Se puede plantear la posibilidad de usar una herramienta comunicativa que sirva de control sobre un estímulo potencialmente dañino, por ejemplo, una señal con la mano cuando el paciente desea que el odontólogo suspenda la maniobra terapéutica. Existen ciertas evidencias que nos permiten determinar que la aplicación de un signo o señal que se efectúe con la mano en situaciones no estresantes puede elevar los niveles de ansiedad. Supuestamente, esto se debe a que aumentan los temores a que ocurra dolor o amenaza. Por ende, la introducción de una señal durante una profilaxis puede ser usada ventajosamente en niños que muestran signos de miedo, pero podría ser perjudicial en niños que se muestran seguros de si mismos (25).

- *TEMOR A LO DESCONOCIDO.*

Para cualquiera, la consulta odontológica representa una situación potencialmente amenazadora. Toda evaluación que se realice sobre la situación debe hacerse tomando en cuenta esta idea. Algún comentario alentador que pueda hacer la madre tal y como “no te va a doler”, inclusive antes de que se aplique la prueba odontológica, van a aumentar las posibilidades de que el niño se sienta herido en sus sentimientos (25).

No obstante, resulta conveniente brindarle al paciente una información precisa acerca de las posibles incomodidades inmediatamente antes del evento. El suministro de esta información muy anticipadamente puede detonar un aumento en el temor que pueda sentir el paciente a lo desconocido y provoque una respuesta anticipada al dolor (25).

Entre más deficiente sea la calidad y cantidad de información que es suministrada por el odontólogo acerca de la situación, más influyentes se tornaran estos errores conceptuales transmitidos por otros. Una información inadecuada también disminuye la probabilidad de que el paciente tenga reacciones normales ante situaciones que están empañadas por la incertidumbre y por temores que deben ser superados. El suministro de un nivel de información que sea adecuado a la edad del paciente no solamente

va a reducir el temor que sienta ante lo desconocido, sino que a su vez va a consolidar el sentimiento de control descrito anteriormente (25).

- *TEMOR ANTE LA INTRUSIÓN.*

La odontología es invasiva (las radiaciones ionizantes, las obturaciones, extracciones) y esta ubicada en un plano, en una dimensión física. La intrusión es más sutil. Involucra invasión al espacio personal del paciente, que alcanza su cavidad bucal. Involucra un contacto físico. Y todo esto ocurre apenas en el examen clínico. La invasión dentro del espacio personal del paciente es considerado un paso indispensable que debe cubrir el profesional de la odontología en el cumplimiento de su trabajo. Esto es percibido como parte de la asistencia que presta e inclusive aunque al paciente no le guste el procedimiento en lo absoluto (25).

Algunos niños consideran que esta invasión a su espacio personal constituye una amenaza. Puede ser que el niño rechace la ayuda odontológica y que se originen comentarios como: “a mi no me gusta que ese aparato este mojando mi boca”, “no me gusta que me inyecten la boca”, “no me gusta que me llenen la boca cuando ustedes meten sus manos” (25)

Las observaciones intrusas también pueden representar una amenaza a la persona. Por ejemplo, el niño que se opone a ir al odontólogo debido a que

en cada consulta el profesional le critica su dieta y califica de deficiente su técnica de cepillado, y le dice que no sabe cepillarse los dientes. Esto desmoraliza al paciente (25)

Las amenazas que recaen sobre la psicología de una persona son comparables a los poderes de persuasión que pueda tener el odontólogo, que aplica cuando quiere hacer que el paciente cumpla con una promesa de efectuar una acción que no quiere llevar a cabo (25).

El temor a la intrusión constituye la parte más difícil que debe manejar el odontólogo (25).

2. 6. 2. DIAGNÓSTICO DE LA ANSIEDAD

Para prevenir los procesos que amenazan la salud bucal de estos pacientes, inicialmente a través de la aplicación de técnicas de control adecuadas, se hace necesaria la identificación del niño ansioso lo antes posible (29).

Se han presentado muchas técnicas que facilitan la evaluación de la ansiedad odontológica. Entre los ejemplos, están los dibujos, las observaciones de las conductas, evaluaciones efectuadas por odontólogos y auto-reportes verbales cognitivos. Si algunas de estas técnicas son

cuestionables cuando son usadas en adultos, el encontrar un indicador o medidor de ansiedad en infantes es todavía más difícil, básicamente debido a que muchos métodos que son usados exitosamente en adultos no pueden ser usados en niños (29).

Es importante recalcar que los temores que sienten los pacientes ante la asistencia odontológica difieren de un caso a otro. Por este motivo, los métodos que se utilizan para lograr la aplicación exitosa de un tratamiento deben ser diseñados para el tipo específico de paciente; y puede que sea necesaria la participación de todos los miembros que conforman el equipo odontológico. Cada miembro tiene su función en el tratamiento que se le aplica al paciente temeroso (23).

Se pueden usar medidas cuantitativas como cualitativas para identificar y distinguir al paciente ansioso del fóbico. Las medidas cualitativas se obtienen en base a la observación y obteniendo datos de la historia clínica. El paciente puede parecer nervioso y puede mostrar signos de temblor, sudor e inclusive llanto. Algunos pacientes ansiosos van hablar sin parar, otros evitan el contacto visual. La historia odontológica es muy importante: la fecha de la última consulta odontológica, las razones por la cual se generó esta consulta, las experiencias personales desagradables que pudo haber vivido el paciente o cualquier otro miembro de la familia nos pueden ayudar a entender las actitudes que pueda desarrollar el paciente (23).

Se pueden diferenciar dos tipos fundamentales de técnicas para tomar las medidas y registrarlas, con el propósito de evaluar la ansiedad o el miedo odontológico en niños: las técnicas de observación directa de los factores psicológicos determinantes, que dependen de las reacciones o respuestas que el niño muestra ante situaciones estresantes y ansiosas, observadas por otros (medidas fisiológicas como el pulso cardíaco, presión sanguínea, la respuesta galvánica de la piel), y la observación directa de las conductas usando escalas de evaluación que sirven para medir los niveles de rechazo al tratamiento, llanto y movimiento corporal (22),(23),(29).

En las otras técnicas se usan cuestionarios que dependen fundamentalmente del auto-reporte verbal cognitivo (cuestionarios validados) que son completados por los pacientes, usándose las respuestas que estos dan para evaluar la ansiedad dental (22),(29).

Entre los ejemplos de cuestionarios validados que han sido diseñados específicamente para medir la ansiedad dental están incluidos: la escala de ansiedad dental de Corah, la escala de ansiedad dental modificada, el estudio sobre el miedo dental de Kleinknecht, el cuestionario que sirve para medir el temor de Weiner, el inventario de ansiedad dental de Southard y el inventario cognitivo que se usa para aplicar el tratamiento dental que fue diseñado por Morin (22).

La escala más conocida lo constituye la escala de ansiedad dental. Esta conformada por 4 preguntas acerca de diferentes situaciones dentales. Cada pregunta es evaluada con puntos que van desde 1 (ausencia de ansiedad) hasta 5 puntos (extremadamente ansioso) de forma tal que el rango describe los registros que se puedan obtener usando toda la escala que va de 4 a 20. El registro promedio es aproximadamente 8. Kruger y col. citados por Naiani y col., clasificaron a los individuos otorgándoles un registro de EAD de 13 o más como indicador de ansiedad dental, entre 15 y 16 queda indicado que existe ansiedad profunda en el paciente y 17 ó más indicando fobia dental. La escala de ansiedad dental fue modificada recientemente y se incluyó en ella una pregunta acerca del temor que pueda sentir el paciente antes las inyecciones (23)

La escala de ansiedad dental Corah, fue diseñada con el objeto de medir la ansiedad y el miedo en adultos que participaron en un estudio como pacientes odontológicos. El cuestionario estaba conformado por cuatro renglones con cinco posibles respuestas (selección múltiple). Los registros obtenidos sobre los aspectos individuales son sumados y los registros totales pueden ir desde 4 (no ansioso) hasta 20 (extremadamente ansioso) (29).

La escala de ansiedad dental Corah, no ha sido usada ampliamente en niños en comparación con el uso que se le ha dado en adultos. Las preguntas que contiene la EAD original son muy difíciles para ser

contestadas por niños debido a que no las entienden con facilidad. En tal caso, se usa una versión modificada, o esta versión original se aplica solamente a niños mayores. Por ejemplo, Parkin citado por Aartman y col., cambió las palabras que conformaban las preguntas y las sustituyó por otras; así como también la escala de respuesta original por una escala continúa, facilitándole de esta manera a los infantes la comprensión y los resultados de su actuación para que le pudieran contestar las preguntas. Wright y col. citados por Aartman y col., le hicieron modificaciones radicales. En primer lugar, construyeron grupos de imágenes informativas y cartas que se podían utilizar para responderlas en la que se utilizaba un formato verbal estandarizado. En segundo lugar, se incluyó un segundo elemento o renglón que servía para evaluar la respuesta ante la aplicación de anestesia local. Por lo tanto, los registros que se obtienen con esta versión modificada van de 5 a 25 (29).

Esta escala de ansiedad dental Corah ha sido usada para seleccionar niños ansiosos utilizando un registro de 13 o más, 12 o más, o 16. Las razones por las cuales se incluían estos registros residían en el hecho de que estos EADC que iban de 13 a 14 deberían informar al profesional acerca de la respuesta de un paciente ansioso. Tal y como se comentó previamente, en el último estudio efectuado se usa una versión modificada que tiene una pregunta o reglón extra. En tres estudios en los que se usaron las mismas

muestras, los niños que registran 15 o menos eran clasificados como moderadamente angustiados o significativamente ansiosos (29).

En una revisión, Schuurs y Hoogstraten citados por Aartman y col., reportaron que el nivel de confiabilidad que tenía la Escala de Ansiedad Dental Corah aplicada a adultos había sido medida de varias maneras. Basados en los valores computarizados que miden la consistencia interna y la confiabilidad compartida llegaron a la conclusión de que tanto la confiabilidad como la estabilidad del EADC eran satisfactorias (29).

La validez que pueda tener esta prueba, cuando se aplica en niños puede ser cuestionada debido al nivel cognitivo requerido para completar el cuestionario (29).

En un estudio sobre la ansiedad dental en adolescentes se utilizó la Escala de Ansiedad Dental Corah, donde Kruger y col. clasificaron a los individuos que tenían un registro EAD de 13 ó más como ansiosos ante la asistencia dental. Los pacientes que mostraban un registro de 19 o más en la Escala de Ansiedad Modificada han sido clasificados como fóbicos ante actividad odontológica. Corah plantea que los registros que están entre 13 y 14 pueden ser interpretados como indicadores de ansiedad dental en los pacientes mientras que un registro de 15 se considera un paciente altamente ansioso. Se preparó una clasificación utilizando las siguientes pautas y se

formaron los siguientes grupos: ausencia de ansiedad (registro EAD menor a 13), ansioso (registro que esta entre 13 y 14), notablemente ansioso (registro que va desde 15 hasta 18) y fóbico hacia la asistencia dental (un registro de EAD de 19 ó más) (22).

Dentro de las medidas cuantitativas la prueba con imágenes o fotos Venham constituye un instrumento que es utilizado para realizar auto-reportes, mediante la utilización de técnicas a través de imágenes para responder el cuestionario y está conformado por ocho renglones que miden la ansiedad situacional o establecida (22),(29).

La prueba con fotos Venham representan una situación en la que los niños logran registros que son representados por el número de veces que el estímulo que produce mas ansiedad es presentado después de haber sido seleccionado por parejas. Por lo tanto, los registros pueden ir del 0 al 8. La prueba con fotos Venham es fácil de administrar y toma solamente unos dos minutos y sus diseñadores opinan que la escala se adapta sobre todo a ser utilizada con infantes (29.)

Este cuestionario esta compuesto por 8 pares de dibujos en láminas de cartón en los que se observaba un niño que mostraba diferentes niveles de ansiedad ante el odontólogo y a quien se le practicaba un tratamiento odontológico. Al niño se le pide que seleccione una imagen del grupo de

cartones que expresará más fielmente lo que él sentía acerca de la consulta odontológica. El registro de “uno” se seleccionaba cada vez que el niño indicaba la “más ansiosa” entre los dibujos de cada par. El niño podía registrar, por lo tanto, cualquier marca que fuera de cero a ocho (ver figura n°6) (21).

La prueba con imágenes o fotos Venham ha sido utilizada para medir la ansiedad dental en algunos estudios; por ejemplo, se puede utilizar para medir la ansiedad dental como consecuencia de la presencia o ausencia de un representante en el consultorio odontológico en el momento del tratamiento. Mas aún, las fotos Venham pueden ser usadas como un instrumento que puede medir la ansiedad dental situacional, tal y como ocurre cuando se trata de predecir la conducta del niño en el tratamiento odontológico (29).

La PFV (*prueba de fotos Venham*) pudo establecer diferencias entre niños angustiados y los no angustiados. Los niños que fueron referidos por presentar ansiedad y por no cooperar en la conducción del tratamiento parecían experimentar mucho más ansiedad inmediatamente en el momento previo al tratamiento que los otros niños que eran referidos por problemas odontológicos específicos. Las correlaciones con otras medidas que revelan el nivel de ansiedad dental tendían a ser bajas o moderadas. Existen correlaciones significativas que han sido reportadas entre PFV y la sub-

escala dental. También entre PFV y la escala evaluativa de Frankl, (escala que iba desde poca cooperación con bajos registros a mucha cooperación con altos registros). Así como también entre PFV y la evaluación que realiza la madre mediante la cual se establece el nivel de ansiedad del niño en el momento de la prueba, en donde los altos registros revelan niveles más altos de ansiedad (29).



FIGURA N°6: Test o Prueba con “Fotos Venham” la cual esta compuesta por ocho pares de imágenes de diferentes estados emocionales (Tomado de Aartman, Everdingen, Hoogstraten y col.; 1998).

El estudio del temor en los niños y la sub-escala dental o CFSS-DS ha sido utilizado para evaluar la prevalencia del temor en niños de Singapur. En otros estudios, fue utilizado para registrar diferencias entre los grupos experimentales y los grupos que se usaron como control o para formar los grupos de niños temerosos y los no temerosos. En algunos estudios los cuestionarios fueron completados por los representantes (29)

La CFSS-DS esta conformada por 15 clasificaciones y cada una incluye diferentes aspectos de la situación odontológica. Los pacientes evalúan sus niveles de ansiedad utilizando una escala de 5 puntos que va del 1 (sin miedo) hasta 5 (muy temeroso). Los registros totales que se incluyen en el CFSS-DS pueden por lo tanto estar entre los 15 y los 25 (29)

La mayoría de los registros promedio parecen variar desde 20 hasta 40, mientras que el valor de 15,2 en el estudio de Klingberg y col., esta basado en una selección de niños que no sentía temor y que pertenece a otro estudio. El CFSS-DS es utilizado para chequear las posibles diferencias en el temor dental inicial entre niños que están en un grupo experimental y los niños que están en un grupo que se usa como control. Debido a que en el estudio conducido por Klorman y col. citados por Aartman y col., se usaron solamente ocho de los quince renglones, los registros varían de una u otra forma y no esta claro si esto se debe a la edad de los niños o al hecho de

que en algunos estudios los niños no llenaron los cuestionarios ellos mismos (29).

Se debe observar que la interpretación de las correlaciones reportadas se ven impedidas por dos factores: en primer lugar, las pruebas de fotos Venham es administrada antes de que se dé comienzo al tratamiento, mientras que las mediciones de ansiedad desde el punto de vista “del comportamiento” y de no cooperación se aplican durante el tratamiento. En segundo lugar el estudio del temor en los niños y la sub-escala dental, se supone que mide la ansiedad dental mientras que las fotos Venham el estado de esta ansiedad, por lo tanto difieren en el tipo de ansiedad que miden. Lo que se necesita para dar mejores evaluaciones sobre la validez de las fotos Venham son correlaciones con otras medidas que reflejen el estado de ansiedad y que deben ser administradas antes de que el tratamiento comience (29).

Otro instrumento de auto-reporte utilizado es el estudio sobre el temor dental (DFS), el cual constituye un cuestionario que esta diseñado para medir los temores específicos. Esta conformado por 20 reglones o categorías y cada una tiene un formato de respuesta para el test de Likert. Dos de ellas se refieren a la evitación, cinco a los autopercebido (que son consecuencia de un estímulo fisiológico), doce se refieren a temores ante situaciones dentales y a procedimientos específicos; y una de ellas al miedo en general. Los

registros pueden ir de 20 a 100, indicando 20 la ausencia de ansiedad y 100 temor extremo. Aunque es usado muy frecuentemente en adultos, rara vez es aplicada a niños debido al vocabulario que se utiliza en esta prueba (29).

Entre otras medidas auto-reportables está incluidas el “termómetro del temor” que constituye una escala análoga visual con la cual los niños evalúan su nivel de ansiedad en una escala de cinco puntos. También se puede utilizar la escala análoga con fotos. Con la ultima escala se mide como los niños se sienten antes del tratamiento, y lo logran haciendo que ellos seleccionen cualquiera de los 7 dibujos de caras que van desde el enojo hasta la cara feliz. Finalmente, una práctica comúnmente aplicada en estos estudios es el emplear escalas auto-elaboradas de ansiedad mediante las cuales los niños pueden medir sus niveles de ansiedad antes, durante y después del tratamiento (29).

Corkey y Freeman, condujeron un estudio piloto con el objeto de evaluar los factores psicológicos e identificar niños que pudieran sentirse ansiosos ante la idea de ir a la consulta odontológica (21).

En este estudio se entrevistaron 60 niños que tenían seis años de edad (iniciando el periodo de latencia entre los 6 y 7 años) y a sus respectivas madres, para efectuar una evaluación de su estado de ansiedad. El objetivo fue establecer si el desarrollo psicológico del niño, la ansiedad materna y sus

influencias, el sexo del niño, la historia socio-económica y las experiencias odontológicas podían ayudar establecer la ansiedad dental en niños que estaban en la fase de latencia (21).

El niño y la madre fueron entrevistados de forma separada. La razón por la cual se efectuaron las entrevistas separadas fue para permitir que la madre realizará comentarios de una forma libre acerca del desarrollo físico y psicológico del niño. Por ejemplo, a la madre se le pidió que hablara sobre los amigos de su hijo, relaciones con sus hermanos, su dependencia de los progenitores, acerca de su concentración, de su escuela, hábitos de dormir y alimentarios, tendencias a la hiperactividad, estado de ánimo, mal humor, preocupaciones, temores y control de esfínteres, entre otras. En pocas palabras, lo que la madre pensara que pudiera ser pertinente a la conducta y desarrollo del niño (21).

La entrevista con la madre fue realizada en dos partes. La primera parte tenía como finalidad recopilar información acerca de las experiencias que tenía el niño en lo que se refiere a las respuestas ante el tratamiento odontológico y su desarrollo psicológico. La segunda parte tenía que ver con las experiencias de la madre en lo que se refiere a la respuesta que ella da ante el tratamiento odontológico y su perfil psicológico (21).

Cada niño se sentó al lado del entrevistador, lejos de su madre y en un espacio lejos del consultorio odontológico y se les aplicó la prueba de Venham de ansiedad dental (21).

Finalmente las madres completaron el cuestionario general de la salud. Este se concentra en cuatro componentes de la morbilidad psiquiátrica (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión). Se usaron 30 preguntas con formato tipo Likert con registros que están por encima de 20 que indican el nivel de morbilidad psiquiátrica (21).

La prevalencia de la ansiedad dental en niños resultó ser un 15%, siendo este un resultado favorable comparado con los resultados obtenidos en otros estudios en los que se analizó el miedo en otros niños de cierta edad. En lo que se refiere a su historia socio-económica y al sexo, no se pudieron establecer diferencias entre las condiciones de ansiedad dental. Mas aún, no pudieron establecer diferencias entre niños temerosos y no temerosos en base a experiencias previas de tratamiento odontológicos desagradables (21).

Se interrogó a la madre en detalle sobre las reacciones o respuestas que hubiese dado el niño ante su más reciente consulta odontológica. No obstante, se conoció que la mayoría de los niños tenían miedo y que reportaban comportamientos rebeldes en el desarrollo del tratamiento, en

comparación con otros. También se observó que ninguna de las madres ni sus hijos asistían al odontólogo a una consulta de chequeo cada 6 meses. Estos hallazgos nos permiten inferir que otros factores fueron determinantes como generadores de ansiedad en esta muestra de niños y sus madres (21).

Dos factores que están relacionados con esta área, lo constituyen la ansiedad dental y el nivel de morbilidad psiquiátrica de la madre. Estos dos factores estuvieron íntimamente relacionados con la condición de ansiedad dental del niño. Mas aún, fue en estos niños en los que se obtuvieron registros altos de ansiedad donde el desarrollo psicológico normal se vio retardado. Las madres reportaban que sus hijos habían adquirido hábitos alimentarios temporales, enuresis nocturna, sueño interrumpido, dificultad para separarse de sus padres, relaciones cada vez más violentas con sus familiares y amigos, cambios en el humor y reacciones fóbicas ante situaciones y objetos de uso cotidiano (21).

En un intento de demostrar como todos estos factores asociados podrían ayudarnos a entender la ansiedad dental en niños, se condujo un análisis de regresión por pasos. Se demostró que la variable que generaba la mayor parte de estos temores la constituía la conducta rebelde en la consulta odontológica más reciente, y después de esto venían las variables psicológicas que estaban relacionadas con el desarrollo y finalmente los

factores maternos que mostraban la naturaleza compleja que describía la ansiedad dental en niños (21).

Según los resultados obtenidos, al parecer existen relaciones complejas en las cuales las interacciones con la madre juegan una función muy importante, debido a que ejercen influencia en el desarrollo psicológico que pueda lograr el niño, como también sobre la capacidad que éste pueda tener de confrontar el tratamiento odontológico. De esta manera se corrobora la premisa donde se pregunta: ¿constituye la conducta rebelde que demuestra el niño una manifestación de desarrollo psicológico, lo que no ha permitido que la madre pueda confrontar el tratamiento odontológico? (21).

Estos hallazgos son importantes para los odontólogos, debido a que deben evaluar aquellos niños que tienen necesidades especiales en lo que se refiere a su condición ansiogénica dental (21).

De esta manera quedó demostrado que la capacidad que puedan tener los niños de confrontar el tratamiento odontológico se basa en su grado de desarrollo psicológico conjuntamente con el temor que pueda sentir su madre ante el tratamiento dental (21).

Se pueden identificar cuatro clases o tipos de pacientes usando el siguiente esquema diagnóstico, el cual está basado en un modelo cognitivo y

del comportamiento destinado a evaluar la función dental en vez de un abordaje psico-dinámico (23).

Los pacientes que sienten miedo ante un estímulo específico: Los pacientes que están incluidos en este grupo son los que se preocupan por una clase de estímulo específico que los afecta, tal y como lo podría constituir la turbina, la inyección o el dique de goma (23).

Los pacientes que experimentan ansiedad generalizada o espontánea: Estos pacientes sienten más de un temor y el temor hacia la asistencia odontológica es solamente una de las muchas situaciones que perciben como estresantes. Su temor hacia la odontología no es consecuencia de un evento traumático, sino que es generado por sus temores y a su bajo nivel de adaptación (23).

Los pacientes desconfiados: Estos pacientes generalmente se quejan de que se sienten humillados por los odontólogos o que ellos siempre están apurados. Cuando se confronta un odontólogo con un nuevo paciente que esta bravo, el profesional piensa que esta conducta no es adecuada y puede que sea difícil evitar una respuesta que corresponda con su comportamiento poco funcional (23).

Los pacientes que sienten temor ante una catástrofe física: Estos pacientes suelen haber “atacado” a algún proveedor de la salud en algún momento del pasado. También pueden pensar que se van a desmayar, que se están ahogando y que tienen obstruidas sus vías respiratorias y que no van a poder respirar. Pueden llegar a pensar que son alérgicos ante el efecto que pueda surtir la anestesia local. Su temor se puede centrar en un procedimiento específico. En vez de tenerle miedo al odontólogo, estos pacientes manifiestan que le tienen miedo a sus propias reacciones físicas “involuntarias” (23) .

- CLASIFICACIONES CONDUCTUALES Y PATRONES DE COMPORTAMIENTO.

Una gran cantidad de estudios que han sido conducidos desde 1960, han representado una contribución significativa a la clasificación de la conducta del niño debido a que la correlaciona con el diagnóstico clínico y control del comportamiento del paciente. Es importante destacar que la conducta ha sido clasificada en patrones tomando en cuenta sus diferencias en la clasificación clínica (8).

Frankl y col. (1962), introdujeron un instrumento que sirve para realizar evaluación de la conducta que fue bautizada como Escala Evaluativa de Frankl. Representa una de las herramientas más confiables que ha sido

desarrollada y usada por la mayoría de las instituciones educativas así como el sector privado de la odontología pediátrica. El instrumento esta conformado por una serie de preguntas que van del 1 al 4. En cada una se definen preguntas específicas. Wrigth (1975) plantea que se puede añadir otra pregunta a la escala evaluadora que permite registrar una conducta cuando se inicia el tratamiento dental y mantener un registro progresivo de las respuestas conductuales que pueda dar el niño. También se adapta clínicamente a cualquier sistema de registro que esta bien organizado en donde se guarde la información que corresponde a los pacientes. Los cambios en la conducta del paciente van a ser fácilmente observados (8).

Cuando se usa la modificación de Wright se coloca un símbolo positivo o negativo al lado de la evaluación realizada. Este símbolo sirve para registrar el progreso que logra el paciente como un elemento que está relacionado con las conductas que se observan cuando se aplica un procedimiento específico. Con la inclusión de un signo adecuado y el empleo del símbolo de flujo (→) la observación que identifica un cambio conductual puede ser registrada cuando se aplica ese tratamiento. Wright nos indica que cualquier parte del tratamiento que genera un cambio en la conducta debe ser registrado en forma abreviada (8).

Por ejemplo, se puede colocar en la historia clínica de la siguiente manera:

<i>Fecha</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Técnica aplicada</i>	<i>Duración</i>	<i>Conducta</i>
22-01-02	Inyección	Decir-Mostrar-Hacer	2 min.	(-) → (+)
01-02-02	Radiografía	Control de Voz	3 min.	(-) → (+)

- *CATEGORÍAS CONDUCTUALES APLICADAS AL PACIENTE EN BASE AL TRABAJO EFECTUADO POR FRANKL, MODIFICACIÓN DE WRIGHT (8).*

Categoría n°1: Definitivamente negativo (- -)

1.- Rechaza el tratamiento

- *Conducta inmadura:* No puede razonar ni confrontar situaciones. Niños pequeños en edad pre-escolar. Lo manifiesta el niño especial.
- *Conducta incontrolable:* suele ser una rabieta porque el niño tiene mal carácter, ansiedad indirecta o extrema. Lo manifiesta el niño que está en edad preescolar o el que está en los años medios.
- *Conducta rebelde:* puede ser resistencia pasiva o activa. Lampshire (1970) la llamó a esta conducta “terca”, la cual esta asociada con este estilo o respuesta. La manifiesta el niño que está en su edad media.

2.- Lloro violentamente:

- *Conducta no controlable:* La manifiestan los niños que están en la última fase de la edad pre-escolar o en los años medios.

3.- *Comportamiento extremadamente negativo asociado al temor:*

- *Conducta no controlable:* puede manifestarse en personas jóvenes de edad más avanzada que tenga problemas emocionales arraigados.
- *Conducta rebelde:* incluye la resistencia pasiva en aquellos individuos que se acercan a la adolescencia

Categoría n°2: Negativa (-).

1.- *No acepta el tratamiento*

- *Conducta inmadura:* la presenta el niño pequeño o el que está en edad pre-escolar. Tiene una edad demasiado corta. La manifiesta también el niño especial.
- *Conducta tímida:* se observa en niños que son sobre-protegidos, que tiene contacto con poca gente (se observa en niños que viven en áreas que no son muy pobladas) o niños que son desanimados al enfrentarse con un ambiente extraño; este niño puede transformar su conducta de no ayuda si se maneja inteligentemente.
- *Conducta influenciada:* incluye la presión que ejercen los familiares y sus homólogos.
- *2.- Muestra evidencia de un leve negativismo:*
- *Conducta tímida:* se debe enseñar que tenga confianza en sí mismo y en el odontólogo.

- *Gimoteo*: gemir. Lo manifiestan los niños que están en edad pre-escolar y los que están en los años medios.

Categoría n°3: Positivo (+)

1.- Acepta el tratamiento:

- *Conducta tensa y participativa*: se observa en todas las etapas; el niño obedece a las órdenes que da el odontólogo pero puede que se muestre dudoso y sigiloso.
- *Conducta cordial*: responde con una conducta equilibrada.
- *Conducta gimiente*: esta conducta puede o no ser considerada una conducta negativa. Wright (1975) discute inteligentemente sobre los niveles de tolerancia. Los niveles de tolerancia mental entre los profesionales de la medicina son observables y demostrables. Un odontólogo puede interpretar al gemido como una conducta negativa debido a que le molesta a él y a su equipo de trabajo. A otro profesional puede que no le moleste en absoluto y aplique el tratamiento tal y como se lo había propuesto.
- *Comportamiento tímido*: el paciente obedece las instrucciones que le da el odontólogo de una forma tímida y tranquila.

Categoría n°4: Definitivamente positivo (++)

- *Comportamiento excepcional:* se anticipa y entiende la importancia que puede tener la asistencia preventiva y curativa (8).

La clave del éxito en el manejo del niño que se presenta con un comportamiento alterado es asegurar el diagnóstico de este comportamiento. Una vez reconocido, el odontólogo puede utilizar un método adecuado para controlarlo. Wright, clasificó el comportamiento en tres categorías que tienen gran aplicación clínica.

1. Cooperación: la gran mayoría de los pacientes vistos en la consulta odontológica pueden ser considerados como colaboradores. Es el niño que se entretiene con una conversación con el odontólogo comprendiendo los procedimientos y siguiendo las directrices constantemente. Una cooperación del niño será definida dependiendo de lo bien que esté preparado para los procedimientos odontológicos que van a seguir. Incluso el mejor comportamiento del niño puede llegar a ser un problema serio de manejo, si los acontecimientos de la consulta no se le explican en un lenguaje que pueda comprender.
2. Falta de habilidad para cooperar: describe a un grupo de pacientes que no son capaces de comunicarse con el

profesional y de comprender los procedimientos que se van a realizar. De esta manera, los niños jóvenes y aquellos con incapacidades mentales ó físicas que limitan de forma importante sus habilidades de comunicación están incluidos en este grupo.

3. Comportamiento potencialmente no cooperador: esta categoría incluye la mayoría de los niños de 3 años de edad que llegan a ser un problema de manejo en la consulta odontológica. Se presentan con temores en relación a la experiencia odontológica previa o con temores subjetivos. Dentro de este grupo pueden ser identificados los siguientes comportamientos:

a) Comportamiento histérico o no controlado: presentado típicamente por el niño de 3 a 4 años en la primera consulta odontológica o por el niño mayor en el momento de la anestesia local. Hay gritos, patadas y berrinches. La causa es el miedo excesivo.

b) Comportamiento desafiante u obstinado: el niño se presenta con una resistencia pasiva al tratamiento odontológico, también expresa una forma de comportamiento obstinado. Se sienta con los dientes bien apretados evitando la mirada del odontólogo e ignorando cualquier intento de comunicación. Este niño por lo común se encuentra próximo a la adolescencia y

su comportamiento puede ser la protesta contra el control de los adultos sobre él. La respuesta típica es: ¡Usted no puede hacerme abrir la boca!.

c) Comportamiento tímido: es una consecuencia de la ansiedad del niño sobre la experiencia odontológica y el comportamiento que se espera de él en la consulta. Esta ansiedad puede evitarse escuchando atentamente al profesional y las instrucciones deben ser dadas lenta, tranquila y repetidamente cuando sea necesario. Una vez que el paciente gana confianza y aprende lo que sucede alrededor de ese nuevo ambiente puede llegar a ser un paciente excelente.

d) Comportamiento de cooperación tenso: el niño quiere cooperar pero obviamente tiene miedo. Sus ojos siguen cada movimiento que el odontólogo o su asistente hacen con sus manos y a menudo aprieta con fuerza el brazo del sillón odontológico. Acepta el tratamiento pero puede gritar en un momento de ansiedad dental como la inyección. Su comportamiento puede mejorar dependiendo del comportamiento del profesional y la sensibilidad de sus imaginaciones.

e) Comportamiento de lloriqueo: Tratar al niño con este tipo de comportamiento puede ser frustrante. Permite que se

realice el tratamiento, sin embargo, lloriquea cada vez que necesita cualquier tratamiento. Elsbach, caracterizó el lloriqueo como un grito compensatorio. Frecuentemente, este niño se va a quejar de dolor inclusive luego de la inyección repetida de anestesia. Los niños superan generalmente este comportamiento según aumenta su confianza en sí mismos y en el odontólogo.

- f) Comportamiento estoico: generalmente este niño puede ser considerado como un cooperador. Se sienta tranquilo y acepta pasivamente todos los tratamientos incluyendo la inyección sin protestar y sin otros signos de desaprobación. No habla fácilmente y puede tener una apariencia triste. La atención es llamada a este comportamiento debido a que es característico en el niño del que se ha abusado físicamente. El profesional debe estar atento a otros signos de abuso y debe notificar sus sospechas (8).

Lampshire, clasifica a los pacientes odontológicos niños en las siguientes categorías:

1. Cooperadores: niños que permanecen física y mentalmente relajados y cooperan durante toda la visita al margen del tratamiento realizado.

2. Tenso-cooperadores: niños que están tensos pero que a pesar de todo cooperan. Esta conducta a menudo pasa desapercibida debido a que el niño permite que sea realizado el tratamiento.
3. Abiertamente aprensivos: los que se esconden detrás de sus madres en la sala de recepción, utilizan técnicas obstaculizantes y evitan hablar o mirar al odontólogo. Lampshire, indica que estos niños eventualmente aceptarán el tratamiento odontológico.
4. Temerosos: niños que requieren de apoyo para vencer su temor a la situación odontológica.
5. Tercos o desafiantes: niños que se resisten pasivamente o tratan de evitar el tratamiento por el uso de técnicas que les han resultado exitosas en otras situaciones.
6. Hipermotrices: niños que están agitados y adoptan una estrategia defensiva de lucha tal y como gritar o patear.
7. Impedidos: niños que son física, mental o emocionalmente impedidos.

Una octava categoría, que Lampshire no incluyó, pero que también debe ser considerada describe al paciente *emocionalmente inmaduro*. Esta categoría incluye al niño muy pequeño que no ha logrado aún la madurez emocional suficiente como para racionalizar la necesidad de tratamiento odontológico o enfrentarlo satisfactoriamente (8).

✓ OTRAS CLASIFICACIONES DEL PACIENTE NIÑO DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO.

- Clasificación según la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (17):

1. Paciente receptivo
2. Paciente no receptivo
3. Paciente físicamente impedido
4. Paciente mentalmente impedido
5. Paciente física y mentalmente impedido
6. Paciente infante

- Clasificación según F. Escobar, citado por Castillo:

1. Paciente cooperador
2. Paciente con falta de capacidad de cooperación
3. Paciente cooperador potencial:
 - Paciente con conducta incontrolada
 - Paciente con conducta desafiante
 - Paciente con resistencia pasiva
 - Paciente tímido
 - Paciente cooperador tenso (17).

2. 7. ACTITUDES DE LOS NIÑOS HACIA LA ODONTOLOGÍA.

Crow (1953) citado por Ripa, define la actitud como “una disposición, inclinación o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo”. Esta actitud depende tanto de la interpretación del sujeto de una situación dada, como de su reacción emocional hacia ella. Por tanto, McDermott citado por Ripa, mantiene que las actitudes de los niños hacia la odontología son formadas (en la gran mayoría de los casos) por el significado emocional del suceso y variarán de acuerdo con la etapa de su desarrollo emocional (16).

Varios investigadores han encontrado que las actitudes de los niños del nivel pre-escolar al básico son muy positivas con respecto a la odontología. Stricker y Howitt citado por Ripa, en un estudio de 88 niños pre-escolares y de jardines de infancia, donde la mitad de ellos habían tenido una experiencia odontológica previa, consideraron que solo 14 de ellos (16%) eran levemente recelosos. Klein, citado por Ripa, analizó las composiciones y dibujos de niños ingleses sobre el tema “Una visita al Odontólogo” encontró en su estudio que los niños de jardines de infancia mostraban una conducta defensiva, mientras que en general, los provenientes de escuelas básicas exhibían una actitud positiva respecto a la odontología. Creía que esto era debido a que los niños de escuelas básicas estaban emocionalmente

equipados para enfrentar una situación posiblemente provocadora de temor mientras que los pre-escolares no lo estaban (16).

Fadden, estudió las respuestas a cuestionarios de 706 niños de escuelas elementales y encontró que el 86% le gustaba su odontólogo y el 42% le gustaba asistir a una visita odontológica. Esta impresión favorable al odontólogo concuerda con los hallazgos posteriores de Rosenzweig y col., quienes informaron que los niños de las escuelas básicas piensan en sus odontólogos como un amigo más que como un individuo que ejerce poder o control de sobre ellos. Fadden, encontró que la mayoría de los niños tenían un conocimiento razonable y preciso de lo que hace un odontólogo y que también habían desarrollado gustos y disgustos sobre la visita odontológica (Ver Tabla n°6) (16).

TABLA N°6: ACTITUDES DE LOS NIÑOS HACIA LA ODONTOLOGÍA:

GUSTOS Y DISGUSTOS

GUSTOS	DISGUSTOS
Una sala de espera interesante incluyendo cuentos, revistas, historietas y una pecera	Que se les haga esperar
Música funcional	Una sala de espera no atractiva
Ser llamados por su nombre	El olor del consultorio El aliento del odontólogo
Que el odontólogo hable mientras trabaja	El fresado
Las explicaciones de los procedimientos odontológicos	Que la luz le de en los ojos
Mirar por un espejo mientras el odontólogo trabaja	Las mentiras sobre un procedimiento doloroso
Tener una señal para que el odontólogo deje de usar la turbina	Que se burlen de él Ser reprendidos por el profesional
Que se diga que ha sido un buen paciente	Que le hagan preguntas cuando la boca este abierta y no puede hablar
Un regalo post-tratamiento	Ser comparados con otros niños Informes desagradables a los padres

(Fuente Ripa, adaptado por Fadden).

2. 7. 1. RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

Para evaluar objetivamente las reacciones de los niños a la experiencia odontológica varios autores han encontrado respuestas fisiológicas. La transpiración y el ritmo cardíaco son dos actividades fisiológicas frecuentemente controladas. La transpiración aumenta cuando un individuo esta aprehensivo. Este aumento puede ser detectado por un galvanómetro que mide la resistencia de la piel húmeda a través de impulsos eléctricos. El ritmo cardíaco también aumenta con la aprensión y puede ser controlado con un dispositivo fotoeléctrico insertado a un dedo que transmite a un monitor (16).

Howitt y Stricker (1965) citados por Ripa, utilizando la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y el Test de Madurez Mental de Columbia, comprobaron por primera vez los niveles de ansiedad y madurez intelectual de 88 niños de 4 a 7 años y 8 meses. Los niños se identificaron según las cifras con un alto o bajo nivel de ansiedad. El grupo control se sentó en la unidad odontológica en presencia del odontólogo pero no recibieron ningún tratamiento. El otro grupo experimental fue sometido a un examen clínico. En el grupo control los niños con cifras de ansiedad inicialmente bajas mostraron ritmos cardiacos más altos. Contrariamente, en la otra situación, a quienes se les realizó el examen, quienes registraban niveles altos de ansiedad al comienzo tenían ritmos cardíacos bajos. Los investigadores consideraron que la ansiedad en

el grupo control se debió a que los niños fueron colocados en una posición con poca explicación y estructura y esta inseguridad causaba el aumento de los ritmos cardíacos en los niños que tenían cifras iniciales bajas de ansiedad. Por el otro lado, la situación de los niños a quienes se les realizó el examen clínico era más explícita, debido a que se utilizaba un enfoque de la técnica de “Decir-Mostrar-Hacer” durante el procedimiento. En este estado de estructuración, los niños se mostraban menos ansiosos, eran capaces de enfrentar la situación y tenían consecuentemente una disminución de sus ritmos cardíacos. Los resultados nos indican la necesidad de establecer un ambiente estructurado con una explicación adecuada con la finalidad de apoyar el esfuerzo del niño durante la experiencia odontológica (16).

Myers y col. citados por Ripa, han evaluado también las respuestas fisiológicas de los niños a una variedad de experiencias durante una sesión de tratamiento odontológico. La edad promedio de los niños oscilaba alrededor de los 9 años y todos habían recibido tratamiento odontológico previamente (16).

En la tabla n°7, donde se presentan los promedios de los ritmos cardíacos registrados durante diferentes experiencias en el consultorio odontológico se observa que el ritmo cardíaco más alto ocurrió durante el periodo de pre-inyección. Además, los investigadores hallaron que los niños que recibían un

anestésico tópico tenían un ritmo cardíaco mas alto que el grupo que no lo recibió antes de la inyección. La mayor anticipación y la respuesta simpática asociada de estos niños fue considerada responsable de los ritmos más altos en los niños que recibieron el anestésico tópico. Cuando se observa una disminución de los ritmos cardíacos en la culminación de algún tratamiento se refleja la relajación de los pacientes después de darse cuenta que dicho procedimiento no es doloroso (16).

TABLA N°7: REGISTROS DE LOS RITMOS CARDÍACOS PROMEDIOS DE LOS NIÑOS DURANTE LAS DIFERENTES EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS .

Procedimientos	N° de pacientes	Ritmo del pulso promedio
Aplicación de electrodos	20	94,5
Sentados 3 minutos	20	89,1
Pre-inyección	20	102,6
Inicio de la primera inyección	19	100,7
Culminación de la primera inyección	19	96,4
Colocación de Dique de goma	19	96,8
Inicio del tratamiento restaurador	19	92,5
Culminación del tratamiento restaurador	19	87,9
Colocación de la cuña	3	92,0
Condensación de la amalgama	14	87,0
Tallado de la amalgama	14	88,2
Cementado de corona de acero inoxidable	5	92,4

(Fuente: Myers y col., tomado de Ripa).

2.7.1.1. TERMOGRAFIA

Se han conducido varios estudios que tienen como finalidad encontrar las formas de prevenir, minimizar la ansiedad y el temor en los adultos y niños. Los niños son más sensibles ante el estrés, la ansiedad y el temor que los adultos. Según Caudill, los niños son más dependientes, tienen menos responsabilidades sociales y sus vidas no están divididas tan claramente en muchas áreas (recreación, religión, ocupación, familia y parentesco). Por lo tanto, el niño que muestra estrés, ansiedad o temor, normalmente reacciona más drásticamente ante el tratamiento odontológico inclusive en ausencia de dolor. El tratamiento dental puede promover estrés y ansiedad en muchos pacientes. Esta ansiedad suele ser considerada como una reacción normal, aunque hace que muchos pacientes no busquen la asistencia dental. Mas aún, esto ha sido confirmado por los resultados obtenidos en muchos estudios que han sido conducido en Japón, los Estados Unidos y Brasil. Muchos pacientes retardan o cancelan su consulta debido al temor que sienten (30).

Se sabe que el estrés, la ansiedad y el miedo son grandes obstáculos tanto para el paciente como para el odontólogo. Consecuentemente, se hace necesario señalar como ocurren estas sensaciones y cual es el mejor momento para intervenir antes de que aparezcan estos signos de miedo. Para lograr esto, se han usado indicadores fisiológicos tal y como lo

constituye la tensión muscular, cambios en el ritmo cardíaco, el radio inspiración-expiración y la respuesta galvánica que pueda dar la piel. Se ha reportado que las variaciones en la temperatura que exhibe la superficie de la piel así como la actividad hormonal y el nerviosismo cambian cuando el paciente vive situaciones estresantes (30).

El dolor estimula a los nervios y produce las respuestas fisiológicas a través del sistema nervioso autónomo y endocrino. Más aún, la sensación de dolor induce la respuesta emocional durante el tratamiento odontológico. La respuesta fisiológica y la respuesta emocional que son causadas por el dolor son respuestas que da el individuo ante el estrés. El tratamiento odontológico en el cual el dolor esta involucrado puede generar estrés en los pacientes niños (31).

El cambio en la temperatura que se observa en la piel puede ser medido por una computadora y este valor puede utilizarse como indicador de las respuestas de estrés. El rango que describe la temperatura de la piel se ve influenciado por la actividad vascular, la conducción térmica que proviene de fuentes de calor localizados y diseminados que se producen dentro del organismo, el aislamiento que genera la formación de coágulos y grasa, la pérdida de calor que produce la evaporación, el intercambio de energía radiante con el entorno y el estado psicológico del individuo (31).

El primer instrumento que fue usado para medir la temperatura del organismo fue el termómetro de mercurio, pero este tenía la desventaja de que tenía que estar en contacto con la piel del paciente. La termografía ha sido usada durante muchos años en el campo de la medicina para poder dar un diagnóstico más confiable de cáncer en el pecho. En la odontología, se han conducido muchos estudios que tienen como finalidad establecer cuando se debe dar diagnóstico de enfermedad inflamatoria oral o como determinar la temperatura de las coronas dentales. El método de la termografía ha sido usado para medir la temperatura de la piel sin necesidad de entrar en contacto con ella y sin aplicar mecanismos que restrinjan los movimientos corporales, sin formación de iones y el uso de una técnica no invasiva (30).

No hace daño como la radiografía, permite que se efectúen los registros sin mucha complicación y facilita la evaluación de los síntomas y de los efectos que pueda surtir el tratamiento sin producir ni dolor ni incomodidad. Considerando estas ventajas, puede ser usado en la odontología pediátrica para evaluar los cambios emocionales que ocurren durante el tratamiento dental. El termógrafo proporciona información visual y cuántica en tiempo real. El objetivo que persiguió el trabajo de investigación de Taguchi, fue el de determinar la correlación que existe entre las temperaturas que mostraba la piel facial (usando la termografía), el ritmo cardíaco y la conducta de los niños durante el tratamiento odontológico (30).

Evaluaciones de la conducta utilizada en el estudio de Taguchi.

Nivel 1.- Movimiento normal: Categorías de conducta: Relajado, ojos calmados, muestra interés en el procedimiento, se ríe y disfruta de la situación. Buen nivel de cooperación.

Influencia que ejerce la conducta en el tratamiento: El tratamiento puede ser aplicado inmediatamente (después de habersele brindado suficiente información).

Nivel 2.- Movimientos tensos: signos de tensión física, en ciertas oportunidades el paciente se muestra cauteloso, deseo de ayudar al odontólogo, a veces con reservaciones pero obedece las ordenes que le da el odontólogo y coopera.

Influencia que ejerce la conducta en el tratamiento: su conducta no interfiere con el tratamiento, el cual puede ser aplicado sin tardanzas innecesarias.

Nivel 3.- Movimientos que interrumpen el curso del tratamiento: rechaza el tratamiento, no coopera, existen evidencias que permiten afirmar que el niño está adoptando una actitud negativa.

Influencia que ejerce su conducta en el tratamiento: levanta las manos e interfiere en el tratamiento, y esto puede retrasar en forma excesiva la conducción del mismo.

Nivel 4.- Movimiento inevitable: Rechazo físico activo al tratamiento, protestas, llanto, no coopera.

Influencia que ejerce la conducta sobre el tratamiento. El tratamiento no puede ser implementado sin un control físico sobre los movimientos o un retraso excesivo en la aplicación del mismo.

En este estudio, las respuestas de estrés que dieron los adultos eran similares a los observados en los niños que eran sometidos a un tratamiento dental, fueron observados usando para ello la termografía (30).

Se han reportado estudios que fueron conducidos con el fin de certificar las temperaturas corporales normales. Mizukami y col., y Kobayashi, condujeron estudios en los que usaron niños como muestra en los que se aplicó la técnica termográfica para analizar las conductas emocionales y reportaron la reacción emocional que desencadenó la corta separación entre la madre y el niño, analizando los cambios que acaecieron en la temperatura de la frente (30).

Kobayashi reportó la aplicación, en su experimento, de los mismos procedimientos que implementó Muzikami y col., pero en este caso, él analizó la temperatura de la nariz. Kobayashi también reportó una información registrada en el momento en que se tomó la línea base, destacando los cambios que manifestaba el cambio en la temperatura de la nariz observando en niños que dormían y dijo que la temperatura disminuía en 0.2°C en 10 minutos (30).

Esto resulta ser interesante debido a que, en este estudio, el cambio que aconteció durante el tratamiento dental fueron mucho mayor cuando se comparó con la variación en la temperatura del niño durmiendo, tuvo un mínimo de 0.5°C hasta 5°C .(30).

Ishikawa y Koshida, reportaron estudios termográficos en niños durante el tratamiento odontológico los que se usó destacando las temperaturas observadas. En este estudio se analizaron 5 áreas de la cara durante el desarrollo del tratamiento odontológico. La temperatura de la piel facial fue seleccionada como la ubicación que sirvió de referencia para tomar las medidas porque la cara es el área que está más cerca del campo de visión del odontólogo, en el análisis clínico, esta observación no interfirió con el tratamiento debido a que los movimientos de la cabeza pueden ser controlados por el odontólogo. Desafortunadamente, Taguchi al citarlo en su trabajo no concluye sobre los resultados de este estudio (30).

Takayoshi y col., realizaron un estudio cuyo objetivo fue establecer si los cambios de temperatura que se observaban en las manos de los niños podían ser medidos y observados durante el tratamiento odontológico. Los pacientes fueron 20 niños, quienes estaban entre los 5 y 11 años de edad; la información termográfica que pertenecía a los niños fue registrada y analizada. Los resultados obtenidos permitieron demostrar que habían cuatro patrones de cambio en la temperatura durante todo el procedimiento odontológico. Los investigadores observaron y relacionaron con el estrés que producían los diferentes tratamientos odontológicos. Resaltaron que la temperatura de la mano disminuía notablemente cuando a los niños se les administraba una inyección (observaron una diferencia significativa entre el cambio de la temperatura de la mano cuando se utilizó anestesia y cuando no se utilizó), en la preparación de una cavidad y las exodoncias. En vista de que el estrés dental oprimía a los niños pudo ser observado cuantitativa y visualmente en el lapso de tiempo que marcaba el termógrafo. Los datos obtenidos en este estudio, nos permiten inferir que la termografía constituye un buen método que permite evaluar el grado de estrés dental durante el tratamiento odontológico en niños. Por lo tanto, los odontólogos deben asistir a los niños tomando en cuenta su estrés dental. Si la temperatura del niño disminuye repentinamente en comparación con los pacientes que se utilicen como control, el odontólogo debe detener el tratamiento durante un rato y esperar que se re-establezca la temperatura que marca el termógrafo (31).

El equipo termográfico puede ser usado en el área que tenga menos movimiento y registrar la información obtenida en un video o en un disco "floppy". Otras partes del cuerpo, tal y como lo constituyen las manos y los pies son áreas que deben ser inmovilizadas para obtener la información pertinente. Especialmente cuando se tratan niños de corta edad, se hace difícil controlar sus movimientos y, en algunos casos, se hace necesario usar re-evaluaciones para obtener buena información. Otro defecto que tiene el uso de la mano es que, cuando se hace el examen clínico, el niño levanta la mano como una herramienta de comunicación entre él y el odontólogo. Además de eso, la naturaleza de los niños no les permite adaptarse a una situación en que estén inmovilizados, según Melamed. (30).

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta es la influencia que ejerce la manipulación aplicada por parte del odontólogo en la boca durante el tratamiento y el efecto que ejerce el dique de goma sobre la temperatura facial. Queda claro que las manos del profesional y el uso del dique de goma interfieren durante el registro de la información termografica. Sin embargo, el contacto directo de las manos del profesional con la superficie de la piel no constituyó un factor determinante (30).

Los resultados que se obtuvieron del estudio de Taguchi, aplicado a los grupos 1 y 2, sirvieron para demostrar que la variación en la temperatura de la nariz se correlaciona fuertemente con la frecuencia cardíaca, tanto en los

adultos como en los niños, cuando se establecieron comparaciones con otras áreas de la cara. Además de eso, se prefirió la nariz como lugar ideal para recolectar la información (30).

La nariz es el área que se ve menos influenciada por el efecto que pudiera surtir el dique de goma o los movimientos que realizan las manos del odontólogo. Los cambios que ocurren en la temperatura de la nariz son más fáciles de detectar visualmente debido a que la nariz sobresale y el flujo sanguíneo ejerce más fácil su influencia (30).

Otra ventaja que tiene la termografía es que no hay cables que puedan entrar en contacto con los pacientes y por lo tanto no restringen el movimiento. El termógrafo por consiguiente parece ser útil visual y cuantitativamente cuando se quiere medir el nivel de estrés dental y es fácil cuando se usa en niños de corta edad (30).

Fue seleccionado el grupo de niños que estaba entre los 3 y los 6 años de edad debido que en esta edad el niño crece tanto en su personalidad como en su intelecto. Las percepciones influyen determinadamente sobre el pensamiento del niño de corta edad debido a que el recibe estímulos visuales, auditivos y otras experiencias en el momento dado. Generalmente, es en esta fase de la vida que el niño es sometido a un tratamiento odontológico, inicialmente solo como tratamiento preventivo y después para

ser sometido a otros tratamientos, y es probable, que a esta edad el miedo al tratamiento odontológico sea el mayor. Se demostró la existencia de una correlación entre la frecuencia cardíaca y la temperatura que caracterizaba a las diferentes áreas faciales en niños y adultos. Algunas personas se ponen rojas o pálidas cuando sienten miedo y puede que muestren un aumento de la temperatura facial y de la frecuencia cardíaca, mientras que otros solamente muestren un aumento de la frecuencia cardíaca y una disminución de la temperatura facial o viceversa. Se sabe que existen factores extrínsecos e intrínsecos que contribuyen a los cambios en la temperatura. Los factores extrínsecos están asociados con el entorno en el cual se lleva a cabo el tratamiento odontológico y los factores intrínsecos están relacionados con el nivel de estrés, ansiedad o temor (30).

Los resultados obtenidos cuando se trabajo con el grupo número 3 permite conjeturar que los niños que desarrollan un alto nivel de temor presentan las mayores variaciones en la temperatura de la nariz en comparación con el grupo que siente niveles más bajos de temor. Con este hallazgo, se confirmaron los resultados que fueron obtenidos por Kobayashi, quien reportó que los niños que lloraban cuando eran separados de sus progenitoras, en comparación con los niños que no lloraban, mostraban variaciones mayores en la temperatura de la nariz (30).

2.7.2. LLANTO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

El llanto, al igual que otras manifestaciones emocionales de la conducta humana es una expresión de la personalidad del individuo. La conducta neonatal ocurre antes de que sea posible aprender patrones de respuestas en sus conductas. Las conductas que desarrollan los adultos, por el contrario, es multifacética, refleja estrategias aprendidas, participa en un proceso de socialización y se observa variabilidad a nivel cultural (32).

Un niño que llora es difícil de tratar en el consultorio odontológico. El niño suele crear una situación de tensión, rabia, culpa, frustración y si surge un forcejeo el profesional queda descontento y agotado. La medicación puede ayudar a superar los problemas de conducta de una forma temporal, pero las actitudes y los sentimientos que producen la conducta no cambian y el niño puede que no acepte la idea de someterse a un tratamiento odontológico durante toda su vida (33).

Tanto la conducta de llanto como la de resistencia y su opuesto, la conducta de cooperación y relajada de los niños en el consultorio son aprendidas y mantenidas a través del ejercicio de los principios del aprendizaje. Por tanto, es muy importante entender las emociones de los niños y sus conductas para prevenir la ansiedad dental y el miedo que desarrollan los niños, para convertir a un niño llorón en un niño relajado, y así

evitar la conducta de rechazo a la atención odontológica durante toda su vida (32).

En la odontología el llanto suele interferir con el desarrollo del tratamiento; representa un factor que le crea estrés al odontólogo así como también al progenitor que acompaña al niño, esté o no presente en el consultorio o en la sala de espera (donde se puede oír el llanto del niño). Durante el tratamiento odontológico al niño se le dan una serie de órdenes, entre ellas que no llore, ni grite y se supone que el paciente niño va a obedecer. En algunas oportunidades las conductas “negativas” (el llanto se considera una conducta “negativa”) corresponden a una respuesta que da el niño ante una situación que éste la considera potencialmente generadora de estrés. A pesar de esto, el mal comportamiento, incluyendo el llanto surge aunque no exista un estímulo que detone esta respuesta de miedo (gritos, llanto) (32).

Según ZadiK y Peretz, los temores que están relacionados con la consulta odontológica dejaron de ser un problema para la mayoría de los niños que viven en las sociedades americanas o en sociedades occidentales. No obstante, la conducta no cooperadora del niño es una realidad que se presenta en todos los consultorios odontológicos. El miedo puede ayudar a explicar esta conducta que desarrolla el niño en un momento dado, pero en verdad pueden haber muchos factores que motiven la alteración de su conducta (34).

En base a la información obtenida del libro “El llanto en el niño” escrito por Lester y Boukydis, el llanto podría definirse como: el vehículo primario de comunicación en el niño. A través del llanto, el niño transmite mensajes, los cuales son recibidos y procesados por los asistentes de la salud, quienes le proporcionan una retroalimentación. El llanto es considerado como una forma de comunicación que antecede a la palabra y es interpersonal. Es un signo de dolor o aflicción adaptativa que tiene como finalidad evocar respuestas de protección de los adultos que están en el consultorio o en el ambiente. Existe la hipótesis según la cual se establece que en una situación normal el llanto actúa siempre para poner al progenitor en alerta. Además del llanto que emite el niño en el momento que nace, éste puede producir diferentes tipos o clases de llantos: dolor, hambre, incomodidad, shock, rabia y temor. En la fase previa al uso del habla como herramienta de la comunicación el llanto es la única forma que tiene el niño para demostrar que está sufriendo. También es una conducta que desarrollan los niños que están en nivel pre-escolar (34).

El llanto ejerce un efecto poderoso en la relación padre-hijo y evoca emociones muy fuertes en los progenitores. Como respuesta estos se comportan más comprensivos, tratando de eliminar el estímulo que produce estrés. Representa una herramienta que permite medir la firmeza que puedan tener los progenitores, constituye la primera demanda real que emite el niño y a la vez la primera oportunidad que pueda tener el progenitor para

decir e imponer límites. Como también la primera vez que el progenitor se molesta por algo que hizo el niño, “ese algo” y “esa primera situación” es estresante y marca el proceso de formación del niño. En vista de esto, podemos afirmar que el niño puede usar el llanto para manipular a su progenitor, si este lo permite (34).

Debido a que los niños desarrollan una gran diversidad de conductas, es importante que el profesional tenga una amplia gama de métodos de manejo conductual que puedan ser usados para el control del comportamiento. Para lograr esto se necesita un diagnóstico (34).

Elsbach, citado por Zadik y Peretz, subrayó que en virtud de que el llanto constituye una forma de expresión de los rasgos de la personalidad, este debería ser usado como un instrumento diagnóstico. Este mismo autor estableció cuatro tipos de llantos:

1. El llanto provocado por el miedo: brotan lágrimas, sonidos que imitan un silbido en forma de gemido. El niño respira como si estuviera buscando aire y presenta una conducta histérica.
2. El llanto que es motivado por dolor: Puede ser fuerte o bajo en volumen (pequeño lloriqueo), emisión de sonidos con gemidos y el niño aguanta la respiración. Es identificado fácilmente porque el niño manifiesta voluntariamente que le duele o cuando es interrogado. Otros niños pueden estar sufriendo dolor pero por controlar su

actividad física no lo demuestran y el odontólogo no se da cuenta que existe un problema.

3. El llanto compensatorio: sin lágrimas, sin sollozos, solamente una emisión de un gemido constante y monótono que el niño emite para olvidar la situación que esta enfrentando, creando su propia distracción.

4. El llanto constante u obstinado: es fuerte, de tono agudo, sin lagrimas que imita el sonido de una sirena. El temperamento del niño es belicoso, de berrinche y desafiante (33) (34).

Cada una de estas situaciones estresantes representa el esfuerzo que puede hacer el niño para controlar sus interacciones y resulta un reto difícil de confrontar por el odontólogo (34).

ZadiK y Peretz (2000) realizaron un estudio con dos objetivos: explicar cuales son las actitudes de los padres en relación al llanto del niño en el consultorio e introducir una posible clasificación de los niños que lloran y analizar las consecuencias que se puedan presentar por los abordajes utilizados para el control del comportamiento (34).

Ciento cuatro progenitores fueron seleccionados junto con sus hijos (promedio de edad 2 años y 10 meses hasta los 13 años) por el Departamento Odontología Pediátrica de la Facultad de Hadaza en la

Escuela de Medicina de Jerusalén, para un tratamiento odontológico. Cada niño había asistido por lo menos a una sesión en la que se le habría realizado algún tipo de tratamiento después de la evaluación inicial. A los progenitores se les explicó en detalle todos los planes de tratamiento y todos los abordajes conductuales posibles que podían aplicarse para lograr el control de la conducta de los niños. Todos estos progenitores estuvieron presentes en el consultorio en el momento en que se desarrolló el tratamiento (34).

Al finalizar la segunda consulta a los progenitores se les pidió que llenaran un cuestionario en donde se le preguntaba: edad, sexo de los niños y progenitores, preparación académica u ocupación de los progenitores, experiencias en el consultorio odontológico tanto de los niños como de sus progenitores, la preferencia que le daban los padres a los métodos que son usados por el odontólogo para controlar el llanto del niño y como perciben su función en el control de las conductas que puedan desarrollar los niños en el consultorio. Asimismo, se describió la evaluación del odontólogo sobre la conducta del niño y la tendencia de este para llorar (34).

Los tratamientos los cuales fueron realizados por estudiantes de Postgrado se desarrollaron en cuatro meses; al final de cada sesión a los niños se les dio reforzamiento positivo (se le dio un premio) los cuales fueron administrados por el personal especializado (34).

De los resultados obtenidos la mitad de las familias tenían de dos a tres niños y el 45% tenía de 4 a 6 niños. La mayoría de los niños (82%) habían asistido previamente a tratamientos odontológicos y el 70% requirió sedación. Solamente 4 niños fueron tratados previamente con anestesia general. Aproximadamente el 48% de los niños cooperaron totalmente en la conducción del tratamiento odontológico previo; el 24% de ellos cooperó en forma parcial mientras que un 28% no quiso cooperar. El 61% de los niños fueron acompañados por su madre mientras que el 36% fueron acompañados por su padre. Solo 4 niños fueron acompañados por sus abuelos (34).

Un 53% de los progenitores clasificaron a sus hijos como pacientes con tendencia a llorar, mientras que menos de esta cifra corresponde a la evaluación que dieron los odontólogos. Cuando el niño lloraba sin evidencia de dolor, la mayoría de los padres preferían que el operador detuviera el tratamiento para calmar al niño. Se observó una diferencia significativa entre las actitudes de los representantes en relación al sexo de su representado: había una alta tendencia a ayudar al paciente si era varón (66%) que cuando era hembra (49%),(34).

Los operadores evaluaron el nivel de cooperación de los niños según la escala de Frankl y la relacionaron con la tendencia de los niños para el llanto. Las categorías 1 y 2 de la escala (el grupo que no coopera) fueron

agrupadas en una sola categoría y se establecieron comparaciones con las categorías 3 y 4 (el grupo que coopera). El 82% de los niños cooperó de forma aceptable. Se observó asociación entre las conductas y las tendencias al llanto; en el grupo que no coopera se incluyeron 11 niños quienes fueron considerados que disponían de una alta tendencia al llanto (34).

En un intento por entorpecer una consulta el niño puede ensayar un llanto con ruido intenso; entre más se agite el niño más alto y agriamente llorará. Por lo tanto, los niños que tienen tendencia al llanto ejercen una tremenda influencia sobre sus progenitores y otros adultos que se muestran vulnerables a la manipulación que es protagonizada por el niño. Tal y como afirma J. Pinkam y col., si el profesional no controla la conducta del niño de una forma adecuada el tratamiento puede que le parezca cruel al niño quedando el progenitor insatisfecho y el odontólogo quedará exhausto. Significando esto que el control de comportamiento no solamente puede afectar al niño sino también al padre por ende éste debe participar para evitar que el niño llore (34).

Aproximadamente dos tercios de los progenitores (69%) expresaron su deseo de ayudar al operador a calmar al niño que lloraba. Este hecho nos permite inferir que las decisiones que están relacionadas con el tipo de tratamiento aplicado no se pueden tomar unilateralmente por el profesional sino que debe involucrar a los progenitores (34).

Algunos profesionales que no permiten que estén los progenitores en el consultorio consideran que el control de llanto puede lograrse más efectivamente cuando estos no están dentro del consultorio. Esto era lo que hacían los profesionales que pertenecían a las generaciones pasadas. Recientemente esta tendencia está cambiando y muchos odontopediatras permiten que el representante permanezca en el consultorio (34).

Los resultados del trabajo realizado por Zadik y Peretz permitieron una nueva clasificación del llanto en los niños:

1. El niño que se comunica a través de llanto:
 - Temeroso
 - Rencoroso
 - Liberador de tensión
2. El niño llorón
3. El niño manipulador

Esta clasificación puede proporcionar mejores signos para establecer cuál es el mejor abordaje para lograr el control del llanto. El hecho de que un niño llore no significa que se está portando mal (34).

Después de haber efectuado la evaluación del niño se pueden seleccionar dos opciones: cuando el diagnóstico indica que el niño utiliza el

llanto para comunicarse se recomienda la implementación de un abordaje suave, tranquilizante y enfático. La segunda opción es cuando el paciente es diagnosticado como del tipo llorón por lo tanto, se debe usar el método a través del cual se trabaja con “la verdad o la realidad”, mostrándole al niño lo que va a sentir y esto debe hacerse con suavidad y empatía. Es importante continuar el tratamiento, de otra forma el niño podría interpretar que su llanto lo puede usar como una herramienta para interrumpir el procedimiento. Cuando el niño es diagnosticado como manipulador el mismo abordaje se considera una alternativa, pero el operador debe hablar con una actitud firme y decidida. En vez de detener el llanto se le puede decir al niño que el llanto esta permitido (34).

- COMO TRATAR AL NIÑO QUE LLORA.

Si el progenitor refuerza la conducta de llanto, modela, comunica miedo y deseos de rechazar el tratamiento, es importante que sea separado del niño cuando este vaya a ser atendido. Si el odontólogo esta relajado y tiene buen sentido del humor será difícil que el niño llore o rechace el tratamiento (33).

El niño desea ser comprendido, recuperar su seguridad en si mismo y requiere de una respuesta por parte del profesional. Cuando la respuesta no acontece él va a dejar de llorar para re-evaluar su situación. La relajación que pueda lograr el odontólogo, su sentido de humor y la evaluación de las

demostraciones de temor que exhibe el niño y su deseo de rechazar el tratamiento van a producir cambios en la conducta. Una vez que ocurre una pausa en el llanto el odontólogo debe reforzar la conducta mejorada prestándole atención al niño. Al mismo tiempo, el profesional puede utilizar sugerencias y explicaciones que permitan estructurar la situación de manera que está sea incompatible con el llanto y el rechazo al tratamiento. Por ejemplo, las siguientes observaciones se podrían hacer: ¡Vi que dejaste de llorar!, ¡Te estas portando como un adulto!, ¡Te apuesto que tu mamá se va a sorprender cuando le diga que has actuado en forma muy madura!, ¡Vamos a darle una sorpresa!. La situación se ha re-estructurado de tal manera que la recompensa y estado de atención se puede lograr a través de la cooperación (33).

En vista de esto, el llanto resultó ser poco efectivo. No se le dio la oportunidad al niño de evitar el control que tenía el profesional de la situación. Como consecuencia el rechazo al tratamiento resultó ser poco efectivo y no valía la pena utilizarlo nuevamente en situaciones similares. Por lo tanto podemos establecer que hay cuatro formas a través de las cuales el odontólogo puede detener o disminuir el llanto. Estas son: modelamiento, sugerencias y explicaciones (o técnica decir-mostrar-hacer), reforzamiento positivo y distracción. Las cuales serán desarrolladas en el próximo capítulo (33).

2. 7. 3. REACCIONES A LA PRIMERA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Usualmente la primera visita odontológica de un niño es entre los 3 y 4 años de edad. Varios investigadores han evaluado la conducta de los niños pre-escolares o mayores durante su primera consulta y los factores que influyen sobre la conducta (16).

Según Wright, Swatell, y Oppenheim citados por Ripa la mayoría de las veces el grado de cooperación exhibido por los niños pre-escolares es alto, a menos que el niño presente un problema agudo, debido a que la primera visita implica por lo regular un examen, evaluación radiográfica y probablemente una profilaxis y aplicación tópica de fluoruro de sodio; la mayoría de los niños aceptan estos primeros tratamientos. No obstante, hay ciertos procedimientos durante la primera visita que pueden estar asociados a una conducta no cooperadora como lo es cuando el niño es separado de su madre (por temor al abandono, común en niños menores de 4 años) y durante la toma de radiografías (por la posible molestia del procedimiento). El temor a lo desconocido puede ser otro factor como lo son también los temores subjetivos adquiridos con los miembros de la familia (16).

Otros problemas que son asociados a la reacciones que exhiben los niños en su primera visita es la ansiedad materna, desarrollada anteriormente, donde se identificó que con un alto grado de ansiedad materna el niño será

abiertamente ansioso o exhibirá un alto grado de conducta no cooperadora en el consultorio. Otro factor identificado es el conocimiento del paciente de que presenta un problema de salud bucal que requiere tratamiento; un niño que sabe que tiene una lesión cariosa o dolor en un diente puede estar más ansioso que otro paciente que solo viene para que sea examinado y le realicen una profilaxis. Tanto la actitud negativa hacia el profesional, como historia previa de dolor asociada con una consulta médica han sido identificados como factores relacionados con la conducta no cooperadora en la primera consulta odontológica. En adición, algunos estudios (Wright y Alpern y col., Frankl y col.) han encontrado que los niños que pertenecen a un nivel socio-económico bajo exhiben una conducta mas negativa en la primera visita (16).

2.7.4. REACCIONES A LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS SUCESIVAS.

Koeningsber y Johnson citados por Ripa, han evaluado la conducta de los niños durante tres visitas odontológicas para determinar la amplitud en la cual las respuestas de los niños cambiaron a medida que se realizaba el tratamiento. Estos niños (de 3 a 7 años de edad) nunca habían ido previamente al odontólogo. Los investigadores hallaron que la conducta de aproximadamente el 65% de los 61 niños permaneció sin cambios a medida que el tratamiento progresaba desde el examen hasta la fase restauradora del mismo. Alrededor de 20% exhibieron un deterioro de la conducta y otro

20% mejoraron. Es interesante destacar que mientras la mayoría de las respuestas de conducta fueron positivas en las tres visitas, los investigadores consideraron que no podían usar la conducta de un niño en una visita como guía para predecir lo que sería su comportamiento durante las visitas subsiguientes. Tampoco estos mismos investigadores, en un informe separado, pudieron establecer una relación entre la ansiedad materna y la conducta del paciente durante la segunda y tercera visitas odontológicas, aunque la relación fue muy explícita para la primera visita. (16).

2. 7. 5. REACCIONES A LA INYECCIÓN

A través de la experiencia en sus propios consultorios, la mayoría de los odontólogos están al tanto que la inyección de anestésicos locales produce la incidencia más alta de conducta interruptiva en los niños. Tanto el control psicológico como fisiológico de las respuestas de los niños a la inyección dental apoyan las observaciones empíricas de los clínicos. Frankl y col. citados por Ripa, han informado que la incidencia más alta de conducta no cooperadora, durante las visitas de los niños preescolares para tratamiento restaurador ocurrió durante la fase de la inyección. Myers y col. citados por Ripa, que controlaron los ritmos del pulso de los niños durante una visita restauradora, hallaron que el ritmo del pulso fue elevado inmediatamente antes y durante la inyección, indicando un estado más alto de ansiedad que en otras fases de la visita restauradora (16).

Existen artículos publicados que describen técnicas de administración de la anestesia local en los niños, sin embargo no hay estudios controlados describiendo las respuestas emocionales de estos a las inyecciones dentales. No obstante, se tiene información sobre la existencia de un informe médico que describe las reacciones de los niños a las inyecciones hipodérmicas. Aunque el sitio de inyección fue diferente de la inyección dental, es probable que las respuestas de los niños no sean disímiles. Kassowitz citado por Ripa, observó 133 niños (de 6 meses a 12 años de edad) que recibieron un total de 328 inyecciones. Evaluó subjetivamente el grado de aprensión antes de la inyección y su actitud durante la administración. Este autor, encontró un claro patrón de respuesta para los diferentes grupos de edad y una tendencia gradual hacia el mejoramiento de la conducta con el aumento de la edad y el nivel de madurez. Notó la falta casi completa de control emocional en las respuestas de los niños menores de 4 años de edad. Sin embargo, observó crecientes intentos de los niños hacia el autocontrol y el dominio de la situación. Hacia los 8 años de edad, las manifestaciones abiertas de temor o de autocompasión, o una respuesta físicamente interruptiva a la inyección eran infrecuentes. Dicho investigador dedujo que la experiencia de la inyección podía ser positiva para el niño porque le daba oportunidad de ejercer y desarrollar más su autocontrol y que “la capacidad de enfrentarse con experiencias dolorosas pero necesarias es sugerida como índice de madurez emocional en el niño en crecimiento ” (16).

2.7.6. REACCIONES A LA EXODONCIA

Durante mucho tiempo, se ha reconocido que la extracción de un diente en un niño es uno de los procedimientos odontológicos que provocan más ansiedad. Trieger y Bernstein citados por Ripa, describieron historias de varios niños en quienes habían realizado exodoncia. La conducta cooperadora fue identificada cuando un niño exhibía su ansiedad y la comunicaba claramente, pero era incapaz de demostrar patrones aceptables de conducta. Empero, observaron que un grupo experimentó una regresión en su conducta, es decir, que su comportamiento se adecuaba más a una edad inferior de la que tenían en ese momento; algunos lloraban mientras que unos se negaban a hablar después de la extracción. Si bien los niños individuales reaccionan en forma diferente, había una ansiedad manifiesta y defensiva entre los 3 a los 4 años de edad, mientras que entre los 5 a 7 manifestaban una conducta más cooperadora (16).

La reacción de los niños a la extracción dentaria también han sido evaluadas con el test "Dibuje una Persona". En un estudio de Baldwin citado por Ripa, los niños que requerían extracciones dentarias fueron invitados a dibujar una persona en diferentes etapas del tratamiento. Las alturas de los dibujos de figuras humanas fueron medidas y una reducción en la altura fue considerada como signo de estrés. El test de "Dibuje una Persona" se presentó a los niños a intervalos específicos; antes que ellos fueran

informados de que requerían de una extracción, durante el período post-extracción y recuperación. En el periodo postoperatorio, el test fue administrado a los 30 minutos, a los 7 días y al mes o al año después de la extracción. Dicho autor encontró que las figuras dibujadas posteriormente al anuncio de que se les tenía que someter a una extracción redujeron el tamaño comparadas con las figuras originales. Las figuras dibujadas en el momento de la cirugía también fueron reducidas de tamaño. Post-tratamiento había un retorno gradual al tamaño original de las mismas (16).

Para evaluar mejor la capacidad de los niños para enfrentarse con la extracción dentaria, el mismo autor le permitió a un grupo de ellos un período de 4 a 7 días de espera entre la visita en la que fueron informados que requerían de un extracción y la visita de la extracción. Comparó los dibujos realizados por este grupo de niños con los que hicieron los del otro grupo que no habían tenido ningún tipo de espera significativo. Después de la cirugía, las figuras dibujadas por el grupo que tuvo un período de espera disminuyeron menos en altura que las figuras de aquellos que no se les dio un período de espera. Estos hallazgos indican que otorgarle un período de espera les da tiempo para prepararse psicológicamente para la extracción. Cuando los niños fueron interrogados todos dijeron que preferían un periodo de espera antes de la extracción dentaria. Expresaron su deseo de " pensar en ello", "prepararse para ello" o de "estar listo para ello". Por lo tanto, se

recomienda que, cuando sea posible, se prepare al niño para la exodoncia informándole que se hará una extracción en una futura visita (16).

III.- TÉCNICAS UTILIZADAS PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

CAPITULO III

3. TÉCNICAS UTILIZADAS PARA EL CONTROL DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

En 1972, se publicó un estudio sobre las técnicas de manejo conductual siendo estas validadas por la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (A.A.O.P). Los encuestados consideraban que los principios psicológicos son importantes para el control exitoso de la conducta de los niños rebeldes o no cooperadores. Sin embargo, sus técnicas de manejo conductual se basaban fundamentalmente en farmacoterapia y en diferentes formas de control físico. En 1979, los odontólogos pediátricos reportaron que el niño rebelde que no cumple con las indicaciones terapéuticas era un problema común que debe enfrentar el odontólogo cuando realiza un tratamiento; como consecuencia algunos odontólogos pediátricos comenzaron a expandir sus tratados para el control del comportamiento. No obstante, muchas técnicas siguieron dependiendo del control físico y de la sedación como una forma fundamental de control o manejo. En realidad en 1981, un 20% más de odontólogos pediátricos estaban usando la técnica de mano sobre la boca y nariz (restringiendo el aire) en comparación con 1971. En ese momento la eficiencia y la eficacia que tenían la gran variedad de estas técnicas que servían para lograr el control de comportamiento en

niños, aún no se habían demostrado en el consultorio odontológico. (35), (36.)

En años recientes, los trabajos de investigación en el consultorio odontológico han demostrado el valor que tienen las técnicas psicológicas para la preparación del niño y el control de su conducta para la aceptación del tratamiento odontológico. Los resultados logrados en estudios previos han sido publicados en la literatura tanto odontológica como psicológica y han servido para demostrar la eficacia de una gran variedad de técnicas no-invasivas. La efectividad que tiene los mismos procedimientos, tal y como, lo constituye el modelamiento con videos ha sido demostrado con niños que se portan bien o son “cooperadores”. Esta efectividad parece depender, por lo menos en parte, de una gran cantidad de variables así como lo constituye la edad y la experiencia previa con el odontólogo (16),(37).

Se ha establecido que otros procedimientos son muy efectivos en niños que han sido seleccionados por presentar niveles altos de temor y conductas rebeldes. Entre estas técnicas están incluidas el modelamiento en vivo, desensibilización sistemática, los procedimientos para control del comportamiento contingente, el escape y recompensa contingente. Desde 1981 no se ha conducido una evaluación para determinar hasta que punto ha sido exitosa la difusión de las nuevas tecnologías. Más importante aún, no se cuenta con información que delineen los factores que hacen que las

personas acepten la nueva tecnología que ayuda a lograr el control del comportamiento por parte de los odontólogos pediátricos. Finalmente, no se ha conducido una evaluación reciente sobre la prevalencia de los problemas para control del comportamiento en las prácticas pediátricas o la evaluación de la necesidad de implementar nueva tecnología dedicada al control del comportamiento. (35),(37).

Los métodos o técnicas que se utilizan para el control del comportamiento en la odontología pediátrica están dirigidas hacia la comunicación y el aprendizaje. Las relaciones interpersonales entre el odontólogo y el niño se establecen a través de un proceso dinámico de diálogo, expresiones faciales y tono de la voz. Todas estas técnicas tratan de dar un mensaje; algunas de estas tienen la intención extinguir o eliminar la conducta inadecuada y enseñar a los niños a cooperar en el consultorio. Como tales, estas técnicas usadas para el control del comportamiento que son descritas en las investigaciones no pueden ser evaluadas en bases individuales para ganar validez, sino que tienen que ser evaluadas todas las experiencias odontológicas totales que han vivido los niños que acuden al consultorio. El manejo o control del comportamiento es considerado una habilidad mas que una ciencia. No consiste en la aplicación de técnicas individuales que son creadas para “entenderse” con los niños sino que mas bien se trata de un método integral que tiene como finalidad desarrollar una

relación entre el paciente y el profesional que al final va a crear un sentimiento de confianza, aliviar el temor y la ansiedad (36).

Los odontólogos son estimulados a practicar los métodos que están diseñados para controlar el comportamiento de los pacientes pediátricos en una forma acorde con su entrenamiento académico y con su experiencia clínica. Cada odontólogo debe tratar en forma efectiva las enfermedades de sus pacientes pediátricos, muy bien conocidas por cada uno de ellos, y para las cuales están preparados a enfrentar (en lo que refiere a sus habilidades aprendidas conforme al entrenamiento que se les brindó) y aquellos casos que están fuera su conocimiento y dominio deben ser referidos a otros profesionales que puedan ayudar al paciente adecuadamente (36).

Para mantener el cumplimiento de tareas u órdenes por parte de los niños en el consultorio se le exige al profesional habilidades orales (capacidad de explicar lo que se quiere del paciente), saber extinguir conductas inadecuadas y reforzar respuestas adecuadas. Debido a que los niños presentan un amplio rango de conductas en su evolución (grado de desarrollo) y una gran diversidad de actitudes, es importante que los odontólogos tengan a su disposición una variedad de métodos para el control del comportamiento y técnicas de comunicación que reconozcan y satisfagan las necesidades individuales de cada paciente (36).

Este trabajo contiene definiciones, objetivos, indicaciones y contraindicaciones que se refieren a los métodos para control del comportamiento considerados muy útiles en la odontología pediátrica. Cada uno de estos métodos ha sido aprobado por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. Estos lineamientos se basan en el uso establecido que se les han dado a estas técnicas que facilitan el control del comportamiento; tal y como, ha quedado escrito en la literatura odontológica y lo han demostrado los expertos de las comunidades pediátricas, tanto clínicos como académicos. Dichas normativas reflejan el papel que ha desempeñado la Academia Americana de Odontología Pediátrica y el deseo que tienen la mayoría de los odontólogos para mejorar la salud bucal de la población pediátrica. Los objetivos que persigue el control de la conducta son llevar a cabo el tratamiento en forma eficiente y efectiva en beneficio del niño creando una actitud positiva hacia la Odontología. Estos objetivos deben ser prioridad para cualquier profesional que trabaja con niños. El logro de estos objetivos dependen de las bases o fundamentos para el control de la conducta: la comunicación y el aprendizaje (35),(36).

El manejo de la conducta es una continua interacción con el niño dirigido hacia la comunicación y el aprendizaje en un intento por aliviar la ansiedad, el temor o miedo y promover la comprensión no solo de la necesidad de una buena salud bucal sino del proceso mediante el cual esta es alcanzada (36).

Desafortunadamente, muchas barreras obstaculizan el logro de estas metas ambiciosas. Las causas que generan la conducta no colaboradora en el consultorio son variadas; trastornos en el desarrollo, retardo mental, limitaciones neurológicas, pacientes médicamente comprometidos, incapacitados o con enfermedades agudas o crónicas, todas son razones por las cuales el paciente pediátrico deja de colaborar. Otras razones, a parte de las enunciadas anteriormente, que hacen que un niño que se comunica no se comporte bien o no colabore son difíciles de detectar y diagnosticar. Sin embargo, los factores más influyentes se pueden identificar: los temores transmitidos por los padres, experiencias previas que ha tenido el niño con odontólogos que no disfrutaban su trabajo, aquellos niños que no están preparados para su primer encuentro con el odontólogo. Para poder superar estas barreras el odontólogo pasa a ser un maestro. Entre las estrategias metodológicas del odontólogo deben incluirse: habilidad para establecer comunicación, habilidades para la comprensión, habilidad para llamar la atención del niño, el análisis del nivel evolutivo del paciente y de esta manera lograr una comunicación efectiva con su paciente. Como consecuencia de lo anteriormente expuesto podemos concluir, que para la realización de un buen tratamiento y la educación del paciente, es necesario que se establezcan las relaciones “odontólogo-paciente” y que estas relaciones se mantengan (36).

Las decisiones acerca de los métodos y los tratamientos que se han de implementar en los niños no son tomadas unilateralmente por el odontólogo; estas decisiones también involucran a los padres y si es posible a los infantes, resultando lo más apropiado para ellos. El odontopediatra sirve como experto en asuntos odontológicos, necesidades de tratamiento y el método que se debe usar para llevarlo a cabo. Sin embargo, los padres participan junto al clínico en la decisión de tratar o no tratar, son responsables del control. Estos deberían ser consultados acerca de las estrategias, opciones de tratamiento y los riesgos potenciales. Por tanto, el éxito del diagnóstico y la terapéutica deben ser considerados una responsabilidad compartida por el odontólogo, los padres y el niño (36).

El paciente pediátrico que se presenta con una patología significativa y posee una historia de poca cooperación y cumplimiento del régimen establecido en el tratamiento, pone a prueba las habilidades de cualquier profesional. Un odontólogo que trabaja con niños debería tener a la mano una gran variedad de abordajes que tienen que ver con el control del comportamiento; y en todos los casos debería poder evaluar el nivel evolutivo del niño, como también sus actitudes hacia la odontología y predecir las reacciones ante el tratamiento seleccionado. Sin embargo, debido a que cada profesional tiene sus diferencias en entrenamiento, experiencia y personalidad, los métodos utilizados para el control del

comportamiento en un niño (en lo que se refiere a la forma de lograr el control del comportamiento) debe variar de odontólogo a odontólogo (36).

Sin tomar en cuenta las diferencias entre los métodos para el control del comportamiento que son aplicados al niño por cada profesional, todas las decisiones relacionadas al control deben estar basadas en un balance entre los beneficios y los riesgos que representa el abordaje para el niño. En el momento de tomar la decisión se debe evaluar la necesidad de tratamiento, las consecuencias que tiene el diferir el tratamiento y el potencial de trauma físico y emocional. La evaluación de los beneficios y riesgos que corre un niño es subjetiva (36).

A pesar de que los métodos de manejo de la conducta son usados frecuentemente por una gran cantidad de odontólogos, los padres pueden que no se encuentren familiarizados con algunos de ellos. Por lo tanto, es importante que el odontólogo informe al padre o al representante del niño acerca del uso de estos métodos, indicaciones, contraindicaciones, riesgos significativos, métodos de tratamientos alternos y que todas las preguntas sean respondidas antes de usar el método seleccionado. A excepción de los métodos comunicativos, que no requieren de consentimiento especial, dicho consentimiento debería ser obtenido previamente y ser documentado antes de ser utilizado. En una situación de emergencia, en el que se hace imprescindible el uso de una técnica para evitar daño o injuria en el niño, en

el odontólogo y su equipo de trabajo, aunque no se obtenga el permiso o consentimiento firmado queda implícito que este fue otorgado (36).

Todas las técnicas utilizadas en el paciente-niño para lograr el control del comportamiento durante el tratamiento deben ser registradas en la historia clínica tanto su nombre como su efectividad en la eliminación y control de conductas no adecuadas o no colaboradoras y especificar el tratamiento que fue efectuado (36).

El control del comportamiento es esencial para lograr un tratamiento exitoso; así como también lo es el manejo de la tecnología, la destreza y el conocimiento acerca de los materiales dentales. La conducta inquieta en los niños puede interferir en el momento de dar un servicio odontológico de calidad, generando un aumento en el tiempo que toma brindar este servicio como también la posibilidad de causar alguna injuria en el paciente pediátrico. En base a la información obtenida de estudios realizados, los odontólogos piensan que los niños que no cooperan constituyen un problema que se encuentra entre los peores de la práctica odontológica. Recientes hallazgos nos revelan que uno de cada cuatro niños (22%) que son vistos por odontólogos pediátricos pueden presentar problemas de comportamientos serios. Esto llevó al desarrollo de estas técnicas diseñadas para el control del comportamiento a ser utilizadas por los odontólogos. Cinco de ellas tienen que ver con técnicas que ayudan a lograr el control en

la comunicación incluyendo entre ellas: el control de la voz, la técnica de decir-mostrar-hacer, el reforzamiento positivo, distracción y la comunicación no verbal. También está en la lista la técnica de mano sobre la boca (Hand Over Mouth Excercise, HOME) y la limitación física. Entre los últimos tres métodos están incluidas las intervenciones farmacológicas tal y como lo conforman la sedación consciente, la aplicación de oxido nitroso y la anestesia general. Sin embargo, el punto central de esta monografía consiste en el estudio de las técnicas no farmacológicas utilizadas para el control de la conducta en los pacientes pediátricos (38).

Hace 20 años, el uso de estas 10 técnicas para el control del comportamiento en el consultorio eran aceptadas normalmente sin ninguna objeción. Sin embargo, las opiniones en el ámbito social y profesional sobre el control del comportamiento en los niños ha cambiado rotundamente. Hoy en día, tanto los padres como los odontólogos están mas alerta a las consecuencias que pueda generar las técnicas debido a:

1. Las técnicas para el control de la conducta no siempre dan resultados en los niños
2. Los cambios en los valores de la sociedad han hecho que los padres se opongan a la aplicación de técnicas como la técnica de mano sobre la boca, limitación física e intervención mediante fármacos.

3. Los cambios ocurridos en los valores éticos y legales, han hecho que los profesionales de la salud bucal duden antes de aplicar algunas de las técnicas tradicionales debido al riesgo que representa su uso y la responsabilidad que se le crea al profesional (38).

Como consecuencia de esto, muchos odontólogos están interesados en utilizar técnicas no invasivas, adicionales y aceptables. Según Kuhn y Allen, más de la mitad de los profesionales encuestados en un estudio efectuado pensaban que había suficiente información existente sobre las técnicas de control y sobre la ansiedad. Los trabajos de investigación realizados por psicólogos y odontólogos pueden ayudar a analizar estos aspectos. Los psicólogos conductuales pueden contribuir con los odontólogos (conocedores de las técnicas para el control del comportamiento) dándoles una manera de entender la relación que existe entre el desarrollo del niño y los principios para el control de la conducta generándose una situación de colaboración que es muy prometedora. En realidad la Asociación Americana de Odontología Pediátrica ha sugerido que se conduzcan investigaciones interdisciplinarias con científicos del comportamiento para encontrar procedimientos no invasivos que ayuden a los odontólogos en el control de los pacientes inquietos y que no quieren colaborar. De la misma manera como lo hace la A. A. O. P., otras organizaciones están promoviendo el trabajo en equipo con psicólogos para mejorar el nivel de preparación académica y la investigación (36),(38).

3.1. EL MANEJO COMUNICACIONAL

Las técnicas de manejo comunicativo son mundialmente utilizadas en Odontología pediátrica tanto en los pacientes cooperadores como los no cooperadores. Envuelve la forma más fundamental para el control de la conducta y constituye la base para establecer una relación con el niño permitiendo la culminación exitosa de los tratamientos odontológicos y a la vez ayudar al niño a desarrollar actitudes positivas hacia la asistencia odontológica. El manejo comunicacional constituye un proceso en desarrollo, subjetivo y depende más de la personalidad y habilidades del odontólogo que de una técnica como tal. Asociadas a este proceso están las técnicas específicas que incluyen: el control de la voz, la distracción, reforzamiento positivo, la técnica decir-mostrar-hacer y la comunicación no verbal. Debido a que estas incluyen elementos básicos de la comunicación y son ampliamente aceptadas y usadas pudiéndose aplicar a todos los pacientes. Además de esto, no es necesario obtener un consentimiento firmado para usarlas (38).

En todas las situaciones de la vida, la respuesta que uno le da a algún estímulo que es aplicado tiene que ver con la comunicación. Esta puede ser verbal o no verbal. Un individuo habla con otro o una persona le sonrío a otra; la comunicación puede ser objetiva y subjetiva (8).

En un consultorio puede controlar efectivamente la conducta del niño promedio y brindar la asistencia requerida. Pero el equipo odontológico puede que se encuentre con un niño que no pueda comunicarse verbalmente. Si el equipo entiende la comunicación en su sentido objetivo y subjetivo, el control será más efectivo cuando se trata a este niño que representa un cooperador potencial (8).

El logro de la comunicación con el paciente niño constituye una prioridad cuando se quiere lograr un control conductual y puede ser verbal, no verbal o una combinación de ambos (8).

El odontólogo y los miembros de su equipo deben desarrollar su propio estilo de conversación. El estilo que use cada miembro del equipo debe ser natural y cómodo. La conversación no solo debe ser natural sino que la selección de las palabras debe estar conformada por términos que expresen sensaciones agradables, amistad y preocupación (8).

Entre las observaciones iniciales se deben incluir oraciones que describan la apariencia del niño o la vestimenta que él usa. Debe motivársele para que converse formulándole preguntas tal y como lo constituyen: a) ¿Qué es lo que mas te gusta hacer?, ¿Tienes una mascota?, ¿Cuál es el nombre de tu perro? ¿Te apuesto que eres un buen jugador de pelota?; este abordaje

ayuda a establecer una comunicación directa a través de la cual el niño se pueda relacionar (8).

Cuando una persona se cruza con otra en la calle y se intercambian una sonrisa, se ha expresado una comunicación amable no-verbal. Cuando una mujer joven observa cálidamente la mirada de un hombre joven, se manifiesta una comunicación no verbal muy poderosa. Una comunicación no verbal como esta es efectiva si se completa con la comunicación verbal. Puede ser infinitamente significativa inclusive cuando se usa en forma aislada. Los miembros del equipo odontológico deben tener esta herramienta mágica y aplicarla a todos los niños que asisten al consultorio. Hay que darle palmaditas, sonrisas y transmitirle el calor a través de la mirada, lo que hace que un niño sienta que se está comunicando (8).

La selección de las palabras que va usar el odontólogo y su equipo, y la forma en que estas son pronunciadas pueden ejercer una influencia sobre el estado emocional del niño promedio. Por ejemplo, algunos odontólogos y su equipo se refieren a la “aguja” o a la “inyección” diciendo “esto va a doler un poquito”; para el niño promedio estas palabras lo alteran y con frecuencia le molesta (8).

Lencher y Wright citados por Mathewson y col., indican que para el uso adecuado de las palabras el odontólogo debe desarrollar un “segundo

idioma” sustituyéndola por “expresiones suaves” (eufemismos) en lugar de utilizar las que implican sufrimiento o alteren al niño (8).

A) CONTROL DE LA VOZ:

Descripción:

El control de la voz es una alteración controlada del tono (o timbre), volumen e intensidad de la propia voz para influenciar directamente la conducta del paciente. Una vez ganada la atención del paciente el profesional debe bajar la voz. Puede ser usado junto con alguna forma de restricción física y con la técnica de mano sobre la boca (36).

Objetivos:

1. Ganar la atención y confianza del paciente; sacándolo de su conducta interruptiva o cuando este grita.
2. Evitar conductas evasivas
3. Establecer autoridad

Indicaciones:

- Puede ser utilizada en cualquier paciente

Contraindicaciones:

- Ninguna

Recomendaciones:

El uso de esta técnica es recomendada cuando se trabaja con un paciente que no quiere cooperar o que no se comunica y su aplicación ayuda a recuperar o ganar la atención del paciente, impedir la conducta negativa o de

evitación. No debería usarse en infantes que debido a su edad, inmadurez emocional, o cuando la incapacidad o medicamentos que este utilizando no permita entender o comunicarse con el profesional (36).

B) COMUNICACIÓN NO VERBAL:

Descripción:

Es el refuerzo y la guía orientadora de la conducta a través del contacto físico, postura y expresiones faciales (36).

Objetivos:

1. Hacer más efectivas otras técnicas de manejo comunicacional.
2. Ganar o mantener la atención del paciente.
3. Ganar la confianza del paciente y que este pueda colaborar.

Indicaciones:

- Puede ser utilizada en cualquier paciente.

Contraindicaciones:

- Ninguna

El poder encontrar formas efectivas para reducir el temor y controlar el comportamiento rebelde han sido algunos de los objetivos que los odontólogos han tratado de alcanzar y por esto se han publicado una gran cantidad de estrategias para el control de la conducta en donde se analizan los posibles abordajes de una manera integral. Una de las estrategias que es potencialmente efectiva y que no se ha mencionado en estas listas lo

constituye el uso del “toque alentador”. Este contacto puede ser una forma efectiva y simple de reducir la ansiedad que surge ante el profesional de la salud (39).

Entre los adultos, los resultados obtenidos de una gran cantidad de estudios corroboran la eficacia del contacto para mejorar las reacciones del paciente. Los pacientes que fueron “tocados” antes o durante el tratamiento lograron mejor rapport con el odontólogo, asistente y sintieron menos ansiedad y dolor. Dentro de un ambiente más controlado, experimental, fuera del consultorio, las respuestas que dan los adultos al contacto físico revela una disminución de la excitación psicofisiológica en forma del número de veces que palpita el corazón. En un estudio conducido en el que participaron niños pre-escolares hospitalizados también se observó que el contacto físico es efectivo como factor reductor de la inquietud. Por ejemplo, Triplett y Arneson observaron en muchos infantes que se encontraban entre los 3 días y 44 meses de edad, que las manifestaciones de inquietud, llanto, protestas verbales desaparecían rápidamente cuando las enfermeras les daban golpecitos suaves de cariño o los abrazaban mientras les hablaban con cariño en comparación con el grupo de niños que recibían aliento verbal únicamente (39).

El tipo de contacto, así como también, su entorno ambiental puede influir sobre la respuesta que da el paciente ante este contacto físico. En un estudio

realizado por Greenbaum y col., se utilizaron contactos suaves en el brazo o en el hombro, tipos de contactos adecuados para el contexto odontológico y que debe maximizar la reducción del miedo. Debido a que el contacto físico puede ser percibido como amenazante o poco amistoso, los contactos en el estudio realizado por dichos autores iban acompañados por comentarios verbales emitidos por el profesional con descripciones de las actividades a realizar además de comentarios alentadores para poder garantizar que fueran percibidas como gesto de apoyo (39).

Se han realizado pocos estudios sobre los efectos que pueda tener el contacto físico en el consultorio odontológico, como tampoco estudios sobre el contacto físico y su efecto en los niños de edad preescolar o de la escuela primaria. Desde un punto de vista práctico, este es el grupo que se presenta con más frecuencia en el tratamiento odontológico y por lo tanto se puede beneficiar del contacto físico como una herramienta para reducir el miedo. En el estudio de Greenbaum y col., sometieron a un grupo de niños a examen odontológico y profilaxis poniendo a prueba los efectos que surte el contacto físico que administra el odontólogo, cuando dicho contacto es brindado conjuntamente con una conversación adecuada en comparación con los efectos que surten una sola variable (la conversación solamente) en niños ansiosos e inquietos (39).

En este estudio participaron 38 niños que pertenecían a la Clínica Odontológica de la Universidad Pediátrica Odontológica de Florida. Dos odontólogos realizaron las pruebas y efectuaron las maniobras experimentales. Las condiciones en que se efectuó el trabajo estaban balanceadas, cada odontólogo veía igual número de pacientes por grupo, el odontólogo número 1 trabajo con 16 pacientes a los que se les había administrado contacto físico y 16 sin contacto físico; el odontólogo número 2 trabajo con 3 con contacto físico y 3 sin contacto físico (39).

Los niños fueron asignados al azar, unos a un grupo de contacto físico y otros al grupo sin contacto físico, después de agruparlos por edad y sexo (mayores o menores de 7 años), quedaron 19 pacientes en cada grupo. Al llegar al lugar donde se iba a desarrollar el experimento se obtuvo consentimiento escrito de cada representante y a la vez el consentimiento de los niños. Los pacientes pediátricos fueron separados de los padres y se les aplicó la escala de Miedo Dental. También se les pidió que explicaran lo que pensaban acerca de “ser un odontólogo” y se utilizó la prueba auto-evaluativa Manikin. Inmediatamente después del examen odontológico y el tratamiento, los niños se auto-evaluaron usando la prueba de Manikin para calificar sus ideas acerca de ser un odontólogo. Tanto la escala de Miedo Dental como la prueba Manikin brindan medidas que revelan los miedos que tienen los pacientes pediátricos; sin embargo, la Escala de Miedo Dental representa un índice estable, mientras que la prueba de Manikin mide

estados emocionales que fluctúan. Las respuestas que contiene la Escala de Miedo Dental fueron tomadas antes del tratamiento, para poder garantizar que el procedimiento seleccionado al azar generará diferentes niveles de miedo en los dos grupos experimentales en la fase de pre-tratamiento. Las respuestas que se obtuvieron en la prueba Manikin fueron usadas para crear un índice sobre los efectos que ejercen las condiciones experimentales sobre las reacciones subjetivas que tienen los niños. Esta prueba contiene tres grupos de dibujos que describen los cambios de los estados emocionales a través de las expresiones faciales. Para representar la emoción que va de “placer al desagrado” la expresión facial en el dibujo es de una “sonrisa” hasta un gesto “fruncido” en la cara. Para la emoción excitación-calma va de una grafica que muestra un sentimiento “como con ganas de saltar” o “agitado” con los ojos abiertos a una figura relajada sin movimiento con los ojos cerrados. En la variante sumisión-dominio la figura cambia en tamaño desde muy pequeño a muy grande. El descontento, la sumisión y la excitación están ubicados en el extremo negativo que se agrupan con el temor y la ansiedad. Estos grupos de dibujos eran presentados a cada niños y estos señalaban una figura que representaba su estado emocional actual. Al completar las medidas y evaluaciones en la fase previa al tratamiento, los niños fueron llevados al consultorio y fueron sentados en la silla odontológica. Una cámara registró los comportamientos de los niños durante el examen. Luego los videos fueron analizados por un evaluador a quien no se le dió información acerca de la hipótesis que se

deseaba comprobar en este estudio. La Escala Evaluativa Descriptora del Comportamiento, instrumento diseñado para medir la conducta temerosa en los pacientes pediátricos que son sometidos a tratamiento odontológico, brindaba definiciones operativas sobre las dos conductas observadas en este estudio: intranquilidad (definida como movimientos repetidos de la mano, pie y/o pierna) y el cierre no operativo de la boca (haciendo que el profesional no pueda continuar con el tratamiento y que es definido operativamente como la situación en que el odontólogo le pide al infante que abra la boca o abre más (39).

A los odontólogos que trabajaron con el grupo que se estableció para el contacto físico, se les dieron las instrucciones para que los golpecitos afectuosos a los infantes fueran en el hombro o en la parte superior del brazo durante aproximadamente diez segundos en dos oportunidades durante el examen. El primer contacto ocurrió cuando el odontólogo entró en el consultorio y saludó al niño. El segundo contacto físico ocurrió durante el examen clínico exactamente antes de introducir el explorador en la cavidad bucal del paciente. En cada uno de los contactos físicos, los odontólogos explicaban en que consistían los procedimientos que iban a ser aplicados utilizando para ello una voz calmada y amigable junto con comentarios alentadores. En el grupo que no se utilizó la técnica del contacto físico se les explicaron los procedimientos a efectuar y se les dio aliento durante el saludo y antes de introducir el explorador, pero el contacto físico no estaba

presente. A los profesionales no se les prohibió que hablaran durante el procedimiento odontológico pero si evitaran cualquier contacto físico con el paciente con la excepción del contacto con el área bucal (39).

Los resultados obtenidos a partir de este estudio corroboraron la postura que establece que cuando un odontólogo toca a un paciente para darle aliento, este gesto influye sobre las reacciones emocionales y de comportamiento durante el examen clínico. Estos pacientes seleccionados al azar para que recibieran contacto físico consideraron que estar en el consultorio era más placentero ó menos desagradable en comparación con los que no fueron tocados. Durante el examen, los niños que fueron tocados por el profesional mostraban conductas menos inquietas (12,5%) que los que no fueron tocados (22,2%). Este ultimo efecto estuvo limitado a los niños de mayor edad, los cuales estaban entre los 7 y 10 años. Los niños de menor edad que estaban entre los 3,5 y los 7,0 años que fueron tocados no difirieron de los infantes que no fueron tocados. El grupo que tuvo el contacto físico reportó una tendencia a seleccionar la sumisión con mas frecuencia que el otro grupo (39).

La inquietud es considerada por las personas no conocedoras como una conducta nerviosa y por los psicólogos como un mecanismo del comportamiento, que tiene como función adaptarse a un nivel diferente de comportamiento en donde pueden surgir conflictos. Estos movimientos

repetitivos aumentan a medida que aumenta incomodidad psicológica de la persona. Por lo tanto, no se puede establecer el verdadero significado de una conducta inquieta en un niño pudiéndose decir que constituye una manifestación del comportamiento o un signo de ansiedad o temor. En síntesis, este estudio nos demuestra que para algunos niños el toque acompañado de explicaciones alentadoras puede reducir la ansiedad (39).

Tal y como lo revela este estudio, el contacto físico parece tener efectos limitados y que solamente dos variables que están asociadas a la ansiedad (inquietud e incomodidad subjetiva) se veían influenciadas. Otras variables que se pensaban que median la ansiedad en los niños como la excitación y la poca colaboración (cierre operativo de la boca) no se veían influenciadas. Se debe establecer que el examen clínico bucal breve no produjo estrés en el niño. Mas aún, el estudio que se condujo con pacientes que regresaban a consulta después de un tiempo ausentes reveló que el miedo quedó potencialmente reducido al eliminar el temor que esta asociado con lo nuevo o desconocido. Como consecuencia de esto, pudo haberse generado un efecto tarima en el cual la tasa base de la respuesta y poca colaboración resulta ser tan baja que inclusive un estímulo poderoso podría tener dificultades en mostrar sus efectos. Es posible que el contacto físico en un procedimiento que genera más inquietud (por ejemplo: la restauración) pudiese haber tenido mayor efecto ansiogénico. En forma alterna, ciertos procedimientos odontológicos, pueden generar tanta ansiedad que el

contacto físico resulta ser infectivo y se requieran de otros abordajes. Se observó que el levantar la voz para controlar a un niño que está inquieto calmaba la conducta rebelde y las respuestas no colaboradoras en el procedimiento de restauración. Los trabajos que se conduzcan en el futuro deben enfocar su interés en los efectos que pueda tener el contacto físico en los casos en que el procedimiento a realizar sea más estresante que un examen clínico o una profilaxis (39).

Aún no se ha entendido la forma como funciona el mecanismo mediante el cual el contacto físico influye sobre la conducta y la experiencia subjetiva. Algunos estudios en adultos nos revelan que el contacto físico puede inducir a una reducción de una respuesta fisiológica determinada del organismo que es tocado, la cual se refleja en las respuestas motoras y subjetivas. En forma alterna el contacto físico trabaja menos directamente cuando ayuda a los niños a pensar que el odontólogo se preocupa por ellos y que no les va a hacer daño y que pueden confiar en su persona (39).

Varias críticas metodológicas fueron realizadas y discutidas a partir de los resultados de este estudio. En primer lugar, no se sabe si el estudio incluyó solamente pacientes con experiencia a exámenes; la posibilidad de aplicar este estudio a nuevos pacientes y otros procedimientos odontológicos. En segundo lugar, el contacto físico y las descripciones verbales sobre los procedimientos a aplicar conforman intervenciones objetivas, pero la calidad

que pueda tener el toque y las informaciones orales, en realidad, son subjetivas. Aunque la conducta de los odontólogos parezca alentadora a los niños y a los investigadores, las experiencias de estos pacientes puede que hubiesen sido completamente diferentes. En adición a esto, los contactos pudieron haber sido percibidos como falsos o artificiales por los niños, a pesar que los profesionales hubiesen pensado que esta interacción era natural y cómoda entre ellos y los pacientes. En tercer lugar, donde se administra el contacto y el uso de dos contactos durante el examen, fueron medidas tomadas arbitrariamente que pudieron haber sido aplicadas en forma diferente o posiblemente con más efecto. Finalmente, el aspecto, el género y la personalidad del odontólogo pudieron haber tenido su efecto sobre la calidad y aceptación de la intervención. En este estudio se incluyeron solamente a dos odontólogos y aunque no se encontraron diferencias entre ellos, el estudio no tenía la intención de poner a prueba los efectos que tenían las características de los odontólogos en la conducta de los niños (39).

C) DECIR-MOSTRAR-HACER:

Descripción:

Este método que sirve para moldear la conducta, es utilizado por muchos profesionales que trabajan con niños. Comprende: 1.- Explicaciones verbales de los procedimientos que se van a efectuar, en frases apropiadas para el nivel de desarrollo emocional del paciente (Decir), 2.- Demostraciones al

paciente de los aspectos visuales, auditivos, olfatorios y táctiles que definen cada procedimiento, su duración, en un ambiente bien definido y no amenazante (Mostrar); 3.- Finalmente, sin desviarse de las explicaciones y demostraciones, realizar el procedimiento (Hacer). Es utilizado junto a las estrategias de comunicación (verbal y no verbal) y el reforzamiento positivo.

Objetivos:

1. Enseñar al paciente aspectos importantes acerca de la consulta odontológica y familiarizarlo con el ambiente del consultorio.
2. Moldear la respuesta que a de dar el paciente a los procedimientos, junto con la aplicación de otra técnica como lo es la desensibilización sistemática y una buena descripción de los sucesos que se desarrollan a partir de ese momento.
3. Dar al paciente información acerca de los procedimientos (bien descritos) y sobre lo que se espera de él, y de esta manera obtener una respuesta adecuada (36).

Indicaciones:

- Puede utilizarse en cualquier paciente

Contraindicaciones:

- Ninguna

Recomendaciones:

Esta técnica es recomendada para todos aquellos pacientes que se pueden comunicar, sin tomar en cuenta el método usado para la comunicación se le muestran al paciente todos los aspectos importantes de

la consulta odontológica y de esta forma se moldea la respuesta que pueda dar el niño ante los procedimientos (por medio de una buena descripción) (36).

El niño debe saber en un lenguaje apropiado para su edad y nivel de conocimiento exactamente lo que va a suceder en la consulta. El método es altamente efectivo para mejorar el comportamiento del niño y condicionarle para que acepte el tratamiento (16).

Es importante utilizar términos que no lo asusten y que le permita asociar la sensación dental que va a experimentar con una que ya conozca previamente. Esto puede lograrse a través de eufemismos apropiados (16).

Reglas: es importante que el niño conozca exactamente lo que se espera de él durante el procedimiento. Debe seguir las siguientes reglas:

1. Mantener sus manos en su regazo
2. Permanecer inmóvil
3. No hacer ruidos

El odontólogo debe explicar que estas reglas se establecen para que el niño pueda ser tratado lo más rápido posible y para que los demás niños no sean molestados (16).



FIGURA N°7: Aplicando el primer componente “Decir” de la técnica Decir-Mostrar-Hacer en una paciente antes de realizar un tratamiento restaurador.



FIGURA N°8: Aplicando el segundo componente de la técnica Decir-Mostrar-Hacer el cual es “Mostrar”.



FIGURA N°9: Se realiza el procedimiento después de haberlo descrito y explicado con detalles. Puede observarse en la mirada de la paciente que siente *temor* ante el tratamiento que se realiza.



FIGURA N°10: El odontólogo esta realizando el tratamiento restaurador en la paciente; después de unos pocos minutos se observa su *relajación* y *cooperación*.

TABLA N°8: EUFEMISMOS UTILIZADOS EN ODONTOLOGÍA

INSTRUMENTAL O EQUIPO	EUFEMISMOS
Equipo radiográfico	Cámara
Explorador	Contador de diente
Aguja y anestesia	Aguja adormecedora, medicina para dormir el diente
Dique de goma y grapa	Sombrilla, abrigo, paracaídas y botón o anillo para el diente
Turbina	Silbato, ruido del avión
Radiografías	Fotografías
Gel de Fluoruro de Sodio	Gelatina para los dientes
Succión	Aspiradora, Chupón
Corona de acero inoxidable	Sombrero
Restauración de amalgama	Estrella de plata
Jeringa de aire	Limpiador, pistola de aire
Fórceps	Movilizador del diente
Arco para el dique	Marco, ventana, perchero
Sellante	Pintura para el diente

(Fuente: Ripa, Castillo).

D) REFORZAMIENTO POSITIVO:

Descripción

En el proceso de instaurar una conducta deseada en un paciente se hace necesario brindar una retroalimentación adecuada. El reforzamiento positivo es el método más efectivo para establecer una conducta específica y deseada, preservar dicha conducta y fortalecer su recurrencia. Entre los reforzadores sociales están incluidos la modulación positiva de la voz, expresión facial, elogios verbales y las demostraciones físicas apropiadas de afecto por parte de los miembros del equipo odontológico. Los reforzadores no sociales (juguetes, fichas, premios), sociales y de actividad (36).

Objetivos:

- Reforzar las conductas deseadas

Indicaciones:

- Puede utilizarse con cualquier paciente

Contraindicaciones:

- Ninguna

Recomendaciones:

Puede ser útil para cualquier paciente, en quien se quiera reforzar una conducta deseada y aumentar la probabilidad de que ocurra nuevamente (36).

Según Ripa y Barenie, la presentación o el retiro de reforzadores se denomina manejo de contingencia. Los terapeutas de la conducta definen el

dispensar un reforzador contingentemente como dar un reforzador después que ha sido realizada una conducta deseada (16).

Los reforzadores, por definición, siempre aumentan la frecuencia de una conducta. Existen dos tipos de reforzadores, positivos y negativos. Un reforzador positivo se define en la práctica como cualquier estímulo o hecho cuya presentación contingente aumenta la frecuencia de una conducta. Un reforzador negativo es uno cuyo retiro contingente aumente la frecuencia de una conducta. Así, un reforzador negativo es comúnmente la terminación de un estímulo aversivo. Los estímulos que tienen un valor de supervivencia para el organismo tales como los alimentos y el agua suelen servir de reforzadores. Además existen gran cantidad de estímulos sociales que han adquirido propiedades reforzadoras tales como una sonrisa, una palabra de halago, un cumplido, un toque físico, la cercanía o diversos estímulos ambientales como juguetes, cosméticos, otras posesiones personales y una gran variedad de actividades agradables. Por tanto, los reforzadores pueden ser clasificados como materiales, sociales y de actividad. Los materiales tal vez son los más efectivos para los niños y en caso de dulces son perjudiciales para la salud bucal. Los sociales (el elogio, expresiones faciales, contacto físico) representan probablemente la mayor parte de todos los eventos reforzadores que afectan la conducta humana, debido a que las personas pueden aprender a valorar a otros individuos. Los reforzadores de actividad implican la oportunidad o el privilegio de participar en una actividad

preferida después de la realización de una conducta menos deseada. Este tipo de refuerzo es ejemplificado por el principio: “Primero, trabajas, después puedes jugar”. Como un reforzador se define en la práctica por su capacidad de aumentar la frecuencia de la respuesta, es obvio que un estímulo reforzador para un niño puede no servir de reforzador para otro (16).

Para la modificación de la conducta a largo plazo, los procedimientos del manejo de contingencia pueden ser tan sencillos como brindar o retirar el refuerzo después de mostrados los patrones de conducta deseados; sin embargo, serán consideradas muchas variables en la técnica, si se desea un cambio de la conducta a largo plazo. Algunas de estas variables incluyen la inmediatez del refuerzo, el programa de refuerzo y la formación de nuevas conductas (16).

Muchos odontólogos dan a los niños un pequeño regalo después del tratamiento, pero frecuentemente, el regalo es otorgado sin importar el tipo de comportamiento durante la visita. La revisión bibliográfica sobre la conducta indica que esta práctica puede ser contraproducente y recomienda que los reforzadores sean dispensados solo después de patrones de conducta apropiados. Shapiro, ha sugerido la posibilidad de que un regalo pre-operatorio puede ser más significativo y útil para un niño que un regalo postoperatorio dado como recompensa y ha informado que hay respuestas

altamente favorables de los niños a un regalo pre-operatorio de “una moneda mágica” (16).



FIGURA N°11: El odontólogo da a escoger al niño algún tipo de premio para reforzar la conducta obtenida.

Barenie citado por Ripa, ha encontrado que el manejo de contingencia, especialmente el uso del refuerzo positivo es muy útil en la modificación de la conducta. Los principales beneficios del manejo de contingencia en el tratamiento odontológico de los niños se derivan de los reforzadores sociales. El reforzamiento positivo debe brindarse al paciente pediátrico durante todo el procedimiento. Una de las maneras de hacer esto es mediante el uso de expresiones tales como “gracias al niño...” . Aunque el paciente no pueda colaborar en forma efectiva inmediatamente, siempre se debe usar el refuerzo positivo. La conducta enfática del profesional va ayudar al niño a intentarlo nuevamente. Es importante y útil decirle al niño “yo sé que

es difícil para ti, pero lo estas haciendo bien”. Después de lograr el éxito, el paciente siente que ha logrado algo muy difícil. El niño esta orgulloso de sí mismo. El odontólogo debería decirle “lo hiciste bien, deberías estar orgulloso de ti mismo. Buen trabajo” . El paciente ansioso puede ser reasegurado con estos reforzadores, el niño dudoso o no experimentado puede tener su conducta conformada a través de un proceso de sucesivas aproximaciones seguidas por la entrega de estos reforzadores; y el paciente colaborador estimulado y motivado por el uso de los reforzadores (16), (40).

Los reforzadores sociales se manipulan en cada visita odontológica, de manera sincera, en respuesta a conductas apropiadas del paciente. La concentración del odontólogo al realizar una tarea mecánica no deberá ser de tal manera que el paciente sea olvidado psicológicamente. Existen numerosas ocasiones durante cada procedimiento odontológico en el cual profesional puede manifestar el aprecio por las conductas definitivas del paciente (quedarse quieto, abrir la boca, buena higiene oral) sin gasto adicional de tiempo. El odontólogo solo necesita comprender como el uso de estos reforzadores sociales por otra persona influye sobre sus propias actividades diarias, para apreciar el impacto si los emplea en su propia práctica (16).



FIGURA N°12: Podemos observar como el odontólogo utiliza un reforzador social.

Según Kaakko y col., a los niños que están en la edad que va desde los 3 hasta los 5 años les gusta ayudar. Se le debería decir que son buenos ayudantes. El reconocimiento y el elogio debe darse cuando ocurre el evento específico en el que él participa (40).

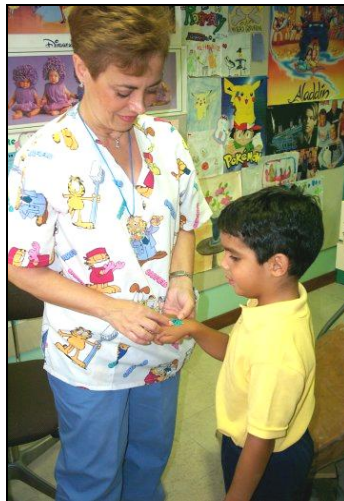


FIGURA N°13: Uso de los reforzadores sociales por parte del odontólogo.

TABLA N°9: REFORZADORES SOCIALES

ELOGIO	Excelente, buen trabajo, exactamente, gracias por ayudar tanto, eso esta bien, muy bien, buena idea
EXPRESIONES FACIALES	Sonreír, guiñar el ojo, parecer interesado
CERCANÍA	Hablar y/o escucharse uno a otro por un rato, caminar juntos
CONTACTO FISICO	Palmear la cabeza, el hombro, la espalda, apretón de manos, sostener la mano, abrazar

(Fuente: Rimm y Masters, citados por Castillo)

TABLA N°10: REFORZADORES DE ACTIVIDAD

• Ver una película
• Mirar televisión
• Escuchar música
• Ir de excursión
• Ir a jugar afuera
• Salir de compras
• Jugar con papá
• Jugar con amigos
• Quedarse despierto
• Tener una fiesta

(Fuente Rimm y Masters, citados por Castillo).

Los reforzadores citados en la tabla n°10, tienen poca aplicación en odontología, pero pueden ser utilizados con éxito en el hogar para los programas como el control de hábitos, si los padres pueden ser adecuadamente entrenados para observar y reforzar las conductas apropiadas. Los reforzadores de actividad tienen alguna aplicación en el consultorio odontológico y esto se debe a la inherente curiosidad de los niños. Después de conductas apropiadas, se les puede permitir observar el

tratamiento en un espejo de mano, “inyectar” la solución anestésica sobrante dentro de la escupidera o participar realizando ajustes requeridos en el equipo odontológico o sosteniendo instrumentos (16).

La conducta rebelde que pueden desarrollar algunos pacientes pediátricos puede ser controlada desviando su atención y haciendo que participen en otras actividades como juegos de videos, oír historias grabadas, entre otras. Por lo general, los estudios científicos que se concentran en el uso de los diferentes procedimientos aplicados para lograr la distracción en el consultorio han arrojado diversos resultados. El estímulo distractor típico no parece competir bien con el refuerzo más potente; para resolver este problema se incluye un aumento en el estímulo distractor, aumentando los elementos que hacían más poderoso al estímulo. Este procedimiento resultó ser muy efectivo cuando quisieron disminuir las conductas ansiosas y rebeldes. Lamentablemente, la técnica resultó ser complicada y requirió de tiempo adicional, así como también de otro tipo de personal para implementar la técnica (38).

Ingersoll y col., no obstante, desarrollaron un procedimiento para lograr la distracción que solo requería de unos pocos recursos adicionales. En su trabajo, a los niños se les informó que podían escuchar el material de audio-grabado (utilizando para ello los audífonos) siempre y cuando los niños cooperaran; cada vez que el niño se tornara rebelde o que no quería

cooperar, el odontólogo inmediatamente terminaba la presentación del audio y no lo volvía a mostrar hasta que el niño mostrará una conducta de cooperación. Los niños que estaban entre los tres y los nueve años en el grupo que se aplicó la técnica de distracción contingente presentan niveles disminuidos de comportamiento rebelde, mientras que a los niños que estaban en el grupo que se aplicó la distracción no contingente se mantuvo inalterable (28%) y los otros niños que estaban en el grupo que se usó como control experimentaron un aumento (31%-37%). Los resultados obtenidos revelan que la conducta rebelde que pueden desarrollar los niños puede ser reducida si se tiene un distractor, tal y como lo es la cinta de video, dependiendo de la conducta de cooperación que exhiba el paciente, en oposición, al suministro ilimitado de los videos (38).

Los estudios iniciales revelan que la distracción contingente puede ser efectiva y puede ser usada fácilmente cuando se quieren reducir las conductas rebeldes. Además, se deben conducir más estudios para poder identificar a los distractores más sobresalientes y que sean más accesibles a los pacientes pediátricos (38).

E) DISTRACCIÓN O ESCAPE:

Descripción:

Es una técnica utilizada para hacer que el paciente pediátrico le reste atención a un estímulo que le es desagradable, para que este deje de pensar en ello (36).

Objetivo:

- Disminuir el nivel de percepción de lo desagradable

Indicaciones:

- Puede ser útil para cualquier paciente, pero sobretodo aquel paciente cooperador-tenso.

Los odontólogos han reconocido desde hace mucho tiempo que es importante darle a los niños seguridad, confianza y control, obteniéndose una estrategia cuando se aplican los procedimientos odontológicos. El uso de las técnicas de comunicación no-verbal (por ejemplo, levantar la mano) para permitir que un niño detenga el tratamiento es una herramienta que tienen los odontólogos para lograr que los ellos ganen confianza e infundir un sentido de control. Sin embargo, levantar la mano no es la única respuesta que genera control en el consultorio. La conducta rebelde del niño sirve de escape temporal a los procedimientos que se están aplicando. El escape ante eventos desagradables o indeseables es una de las fuentes más comunes y poderosas de motivación y ejerce una función muy importante cuando se quiere enfrentar una gran cantidad de problemas de

comportamiento tal y como lo constituyen las rabietas, y otras conductas rebeldes. Muchos aspectos que están relacionados con el tratamiento de restauración (por ejemplo; la jeringa, los sonidos que emite la turbina, la presión que ejerce la grapa que sostiene al dique de goma) pueden constituir un estímulo intimidante debido a que el niño no está familiarizado con ellos o que los asocie con incomodidad. Los esfuerzos que el paciente pueda hacer para escapar o evitar (por ejemplo: revolcarse, bloquear con las manos, doblar la cabeza, llorar) son respuestas naturales que ocurren con más frecuencia que levantar la mano. Desafortunadamente, las tendencias naturales del odontólogo es detener el tratamiento en respuesta a la conducta rebelde esto puede, en muchos casos, no ayudar a darle valor a los niños para la aceptación del tratamiento (38).

En un procedimiento para el control del comportamiento que fue desarrollado recientemente se aprovecha la motivación poderosa a escapar y se usa para enseñar conductas que permiten brindar más cooperación. Es una adaptación de las técnicas de control existentes (levantar la mano) lo que permite que el niño logre un control sobre la rutina dental. En este procedimiento, los períodos breves de escape del tratamiento que están en desarrollo son proporcionados contingentemente (en el momento) a la conducta de cooperación. En vez de levantar la mano, el niño puede ser elogiado y escapar brevemente (durante 5 segundos) del tratamiento dental simplemente, permaneciendo acostado tranquilamente. Cualquier conducta

rebelde que desarrolle el niño va a retrasar el escape hasta que el niño vuelva a cooperar. Los instrumentos odontológicos permanecen dentro de la boca o alrededor de esta hasta que el niño se calma y se hace más cooperador (38).

En su estudio más reciente, Allen y sus colegas descubrieron que al usar este procedimiento con cuatro niños extremadamente rebeldes, podían significativamente mejorar sus conductas en un lapso de tiempo relativamente corto. Resulta interesante notar que, aunque tres de los niños estaban en una edad que se suele considerar como “pre-cooperadora” durante la cual, los temores y las conductas negativas pico ocurren, el odontólogo no tuvo que esperar mucho tiempo para que surgieran las conductas de cooperación (38).

Las observaciones logradas por Kuhn y Allen, nos permiten inferir que la mayoría de las conductas rebeldes son consecuencias de una cadena de respuestas que comienzan en la primera consulta odontológica (38)

El suministro de oportunidades cortas para escapar en la primera parte del tratamiento puede interrumpir esta cadena, evitando niveles más intensos y frecuentes de conductas rebeldes o no cooperadoras. Mientras que otros han analizado el uso de las intervenciones conductuales tanto en respuesta al problema conductual como a la prevención de ocurrencias futuras; el

procedimiento que considera el escape contingente puede presentar mayor potencial cuando se inicia tempranamente y se mantiene a través de toda la consulta de tratamiento para evitar que la respuesta en cadena ascienda hasta los niveles más altos de conductas rebeldes (38).

El escape esta basado en principios de aprendizaje bien establecidos y esta diseñado no solamente para disminuir conductas no deseables sino también para aumentar conductas deseables. Esta técnica brinda una retroalimentación inmediata que permite que los niños aprendan conductas que les permiten confrontar situaciones de una forma que les permita un mayor grado de adaptación. El procedimiento es prometedor porque requiere de poco entrenamiento y puede ser usado continuamente en todos los niños sin que se altere el plan de tratamiento. En forma contraria a las intervenciones farmacológicas, las cuales suelen aumentar el tiempo de tratamiento; los estudios iniciales nos han demostrado que el escape requiere menos tiempo y produce resultados comparables o mejores que los resultados que producen algunos procedimientos que se usan para lograr el control de comportamiento en forma tradicional (38).

F) PRESENCIA Y/O AUSENCIA DE LOS PADRES:

Descripción

Existe gran diversidad de opiniones en la filosofía del clínico y la actitud que puedan tener los progenitores o representantes en lo que se refiere a la

presencia o ausencia de los padres durante el tratamiento odontológico. Los clínicos están unidos en el hecho de que la comunicación que existe entre el odontólogo y el niño, es muy importante y que esta comunicación exige un ajuste entre ambas partes. La manera de cómo los niños reaccionan o responden a la presencia de los padres están en un rango que va desde lo beneficioso hasta lo perjudicial. Es responsabilidad del profesional establecer cuales son los métodos de comunicación que optimizan el tratamiento, tomando en cuenta sus propias habilidades, las de cada niño y los deseos de cada parte que está involucrado (36).

Esta técnica incluye el uso de la presencia o ausencia del progenitor o representante para lograr la cooperación en el tratamiento.

Objetivos:

- Llamar la atención y lograr la cooperación del paciente
- Impedir el comportamiento de huida o negativos (poco colaborador)
- Establecer autoridad

- INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

Los padres moldean la conducta de sus hijos, desde el momento en que nacen, por medio del refuerzo y del rechazo selectivo ante comportamientos

específicos, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que les consienten. Al menos en los primeros años de vida, los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer (12).

Puesto que existe un verdadero mosaico de culturas a nivel mundial, no es fácil comprender el comportamiento de los padres en una consulta odontológica. Con frecuencia las actitudes ante este tipo de conductas están muy arraigadas. Por ejemplo, en lo que respecta al hábito de succión digital, Larsen citado por Mc. Donald y Avery, encontró una prevalencia del 12% al estudiar niños suecos en edad escolar, mientras que Golden registró una prevalencia del 56% en los niños israelíes que vivían en Kibbutz (12).

El nivel socio-económico de los padres también está relacionado con su aceptación de los métodos de tratamiento. Fields y col. citados por Mc. Donald y Avery, estudiaron 67 cintas de video en la que se mostraban los tratamientos realizados en los niños, y analizaron las tasas de aceptabilidad de las técnicas empleadas. Sin embargo, aunque la mayoría estaba de acuerdo en el uso de los métodos ajustados al comportamiento del niño, se comprobó que el nivel socio económico influía en la aceptación de la anestesia general. Así, los padres con un nivel socio-económico elevado se mostraban desconfiados ante la aplicación de la anestesia general, lo cual tal vez tenga su origen en el hecho de que este grupo social está más al corriente de los riesgos que implica. El nivel socio-económico de los padres

también influye en las actitudes de los niños ante la consulta odontológica. Stamm citado por Mc. Donald y Avery, demostró que los niños en edad escolar perteneciente a un grupo socio-económico elevado presentaban el doble de tratamientos odontológicos de restauración que el grupo menos favorecido, a pesar de que éste último presentaba un índice mayor de destreza en técnicas de higiene oral. La menor utilización de los servicios odontológicos por parte de grupos menos favorecidos tiene su explicación en el hecho de que estas familias no pueden costear los gastos que conlleva. La higiene oral de estos niños en edad escolar seguía también un patrón de abandono similar. Los estudios comprobaron que la higiene oral mejoraba en los niños que acudían a las escuelas de un nivel económico superior (12).

Según algunos autores, los padres de la clase media son conscientes, tienden a buscar atención odontológica y a colaborar con los profesionales, aceptan por normas el cepillado de los dientes y los exámenes odontológicos rutinarios. No obstante, estas generalizaciones deben hacerse con moderación, puesto que el equipo odontológico debe conocer el carácter individual de todos los padres. Es posible que los padres de un nivel socio-económico alto o medio comprendan bien la importancia de la atención odontológica, y no lo lleven a la práctica a pesar de sus conocimientos. En muchas ocasiones dichos padres están ocupados con sus actividades

cotidianas para colaborar con los programas de higiene oral e incluso llevar a sus hijos al odontólogo (12).

A pesar de la importancia reconocida del papel de los padres en el triangulo del tratamiento odontopediátrico y de la necesidad de conseguir su colaboración, en la bibliografía odontológica existe escasa información sobre el trato de los padres del paciente. Al reconocer esta deficiencia, Wright, Starkey y Gardner citados por Mc. Donald y Avery, describieron las siguientes actitudes problemáticas de los padres, detectadas en la práctica odontológica (12).

- *PADRES QUE PROTEGEN EN EXCESO AL NIÑO*

Las conductas de los padres que muestran una protección excesiva hacia su hijo, impiden con frecuencia una evolución natural hacia la independencia; por ejemplo, el caso del padre o de la madre que, independientemente de la edad del niño, insiste en permanecer junto a él. Esta actitud puede tener su origen en numerosos factores: 1) en una experiencia previa que amenazó la vida de su hijo, ya sea durante el embarazo o después del parto; 2) en que uno de los padres fue educado en un hogar donde faltaba el cariño y el amor; 3) en problemas familiares, y 4) algún trastorno psicológico en uno de los padres, que origina una relación de dependencia anormal con respecto al niño. El citar aparte a los padres y mencionarles esta posibilidad no resulta

de ayuda y, además, levanta una barrera de comunicación entre ellos y el personal de la consulta. Es mejor que el odontólogo maneje él mismo la situación (por ejemplo puede preguntar ¿Qué piensa al acompañar a su hijo?. De este modo se crea la posibilidad de afrontar el tema de una forma más razonable. Los padres con una protección excesiva del niño se sienten satisfechos cuando se les señala que su hijo no tiene miedo y que es importante que se establezca una relación unipersonal entre él y el odontólogo (12).

Por lo tanto, los padres con una actitud sobreprotectora no les permiten a sus hijos las oportunidades de la experiencia y el aprendizaje, rivalizan con los problemas y ansiedades de la vida. Como resultado de ello, frecuentemente estos niños son huraños, temerosos de nuevas situaciones y con falta de confianza en si mismos. Los padres pueden abrigar las ansiedades en relación con la odontología debido a experiencias personales previas y pueden transmitir estas ansiedades a los niños. Los padres sobreprotectores se aferran a los niños en la sala de espera y pueden insistir en acompañarles hasta la consulta (16).

Los niños de padres sobreindulgentes a menudo desarrollan actitudes distorsionadas en la sociedad. Aprenden a manejar a sus padres en sus propias satisfacciones, mandando y solicitándolo. Típicamente, muestran el

mismo comportamiento cuando se enfrentan a la situación odontológica y a menudo son clasificados como desafiantes o consentidos (16)

- *PADRES MANIPULADORES*

Las conductas manipuladoras se manifiestan por una actitud de demanda exagerada. Aunque en un principio estas demandas pueden centrarse en la hora de la visita, también pueden ampliarse hasta pretender orientar el diagnóstico y el tratamiento del niño. Puesto que las demandas o las manipulaciones son a veces contrarias a la línea de conducta que sigue la consulta odontológica, o bien no son adecuadas para la correcta salud bucal del niño, el odontólogo ha de ser capaz de manejar la situación y al padre que muestre esta actitud (12).

Si uno de los padres se niega a que le hagan radiografías a su hijo, se pueden adoptar diversas estrategias. Informarle de las normas odontológicas de la consulta no le hará cambiar de actitud. Otra táctica consiste en preguntarle el motivo por el cual rechaza la realización de las radiografías. Son muchos los padres que conocen y temen los peligros de la radiación. El odontólogo puede reconocer este tipo de preocupaciones y establecer con el padre un diálogo sobre la utilización de unas normas de radiación seguras. Con los padres manipuladores deberá establecerse un diálogo que les haga entrar en razón (12).

- *PADRES HOSTILES*

Los padres que dudan de la necesidad de un tratamiento muestran una conducta hostil. En general, no es sólo una cuestión de desconocimiento, sino que se enfrentan al problema con desconfianza. El motivo de esta hostilidad puede no resultar evidente ni siquiera para el odontólogo con mucha experiencia, pero suele tener su origen en las siguientes circunstancias: 1) penosas experiencias anteriores en la consulta odontológica; 2) actitud negativa general ante todos los profesionales de la salud; 3) sensación de inseguridad un ambiente que le es extraño, y 4) conceptos equivocados sobre la odontología. El odontólogo ha de tener paciencia con estos padres, puesto que en ocasiones ocurre que sencillamente no entienden el tratamiento que se les propone. Por otro lado, si persiste la actitud negativa, el odontólogo puede reconocer la existencia de una falta de comunicación y preguntarle al padre si alguien le ha ofendido de una manera u otra. El hecho de abordar al padre hostil o desconfiado con una discusión inocente, suele provocar un franco rechazo por parte de aquél. Después de la discusión, lo más frecuente es que se establezca una relación mucho más suave entre el padre y el odontólogo (12).

Los padres con una actitud sobre-autoritaria llevan el comportamiento de los niños que sean incompatibles con sus edades. Ellos no soportan sus ansiedades y constantemente les critican. Los comparan con otros niños

mayores y les piden el mismo comportamiento. Estos niños a menudo son temerosos y resistentes al odontólogo pero normalmente realizan intentos para permitir los procedimientos odontológicos; ellos pueden desarrollarse resistentes hacia sus padres y hacia otras figuras autoritarias (16).

- *PADRES NEGLIGENTES*

A este tipo de padres no se les identifica al principio. En general, se descubren ante el incumplimiento repetido de las citas, porque no llaman para pedir la hora de la cita o porque no cumplen ni supervisan los programas de higiene, ni los hábitos de su hijo. A pesar de llevar a sus hijos al odontólogo, algunos padres no están concientizados de las ventajas de una adecuada higiene oral. Otros padres reconocen la importancia que tiene la odontología para sus hijos, pero son descuidados y están demasiado ocupados con su trabajo cotidiano para dar prioridad al odontólogo. A este tipo de padres se les clasifica como poco motivados o negligentes. El odontólogo debe informarles sobre los objetivos a conseguir a largo plazo, y averiguar si los objetivos de los padres son similares. Hay que proyectar sobre ellos una sensación de tolerancia y de preocupación. El hecho de evitar la discusión empeora aún más la situación (12).

Son muchos los padres que mantienen una actitud negativa con respecto a las técnicas para el control de la conducta. Sin embargo, cuando Lawrence y col. citados por McDonald y Avery, compararon las actitudes de los padres que recibieron explicaciones mediante unas cintas de vídeo con las de los padres no informados, comprobaron que los primeros aceptaban mucho mejor estas técnicas. Es interesante destacar que los padres con un mayor grado de estrés ante la consulta odontológica, eran precisamente los que menos aceptaban las técnicas propuestas (12).

Es preciso que los padres de los pacientes odontológicos pediátricos comprendan y analicen las experiencias por las que van a pasar sus hijos en la consulta. A pesar de las escasas investigaciones realizadas sobre este tema, uno de los motivos por el cual lo incluimos en este capítulo es que actualmente vivimos en una sociedad predispuesta a las demandas judiciales. Son los padres, y no sus hijos, quienes demandan a los odontólogos por los métodos de tratamiento utilizados. Para evitar los pleitos legales, una de las mejores estrategias defensivas consiste en establecer una buena relación y una comunicación adecuada con los padres (12).

En síntesis, este grupo incluye una variedad de comportamientos de los padres que varían desde una falta de interés con rechazo o con abuso físico. Esta falta de afecto y atención que ellos demuestran hacia los niños pueden ser resultado de entrega al trabajo u otro interés o por algunos

problemas emocionales importantes. Los niños en sus casas desarrollan distintas imágenes de sí mismos y pueden tener una variedad diferente de comportamiento (16).

3.2. MODELAMIENTO

Otra técnica para el control de la conducta es el modelamiento según Baldwin y Weisenberg citados por Ripa, el concepto de modelamiento es tan antiguo como la misma existencia humana, pero su estudio sistemático y aplicación terapéutica son relativamente nuevos. Bandura (1969), desarrollo una técnica conductual que permitía la modificación de la conducta en base al aprendizaje social denominado imitación. El postula que “el aprendizaje acontece como consecuencia de una experiencia directa que puede ser vicario al observar la conducta y las consecuencias que tiene el desarrollo de comportamientos de otros”. El ratifica que aquellos niños que entran en contacto con un modelo agresivo van a imitar ese tipo de conducta tanto verbal como no verbalmente (8), (16).

El aprendizaje observacional efectivo, según Bandura, tiene que incluir cuatro elementos en la aplicación de la técnica de modelamiento:

1. El paciente debe concentrarse cuando observa el modelo. El contacto breve con el modelo no lo aprovecha el paciente.

2. Debe haber suficiente retención de la conducta deseable en ausencia del modelo.
3. El paciente debe poder reproducir efectivamente la conducta modelada.
4. La conducta recién adquirida debe ser adecuadamente reforzada para retenerla (16).

El modelamiento es un tipo de modificación de la conducta en el cual el paciente joven puede aprender de las experiencias odontológicas al observar a otros niños que reciben tratamiento. Algunos autores han informado que esta técnica parece mejorar el comportamiento de los pacientes aprensivos que no han tenido previamente experiencias odontológicas (16).

Los investigadores piensan que el modelamiento representa la técnica más confiable a usar cuando se trata a un niño que va por primera vez a un consultorio. Según Ingersoll (1982), el poder observar una conducta es más efectivo para el niño que no está entrenado para recibir asistencia odontológica que cualquier otra técnica. El modelamiento conforma un método preparatorio que se puede aprovechar haciendo que el niño observe a sus parientes o niños de edad más avanzada cuando estos son sometidos a un tratamiento. Algunos odontólogos infantiles utilizan técnicas modelantes utilizando clínicas abiertas, en la que varios niños están en tratamiento y se pueden ver desde cualquier silla. Otra técnica modelante que parece ser

efectiva para conseguir la cooperación, es la utilización del video de un niño recibiendo el tratamiento. El procedimiento básico consiste en permitirle a un paciente que observe uno o más individuos (modelos) que muestren una conducta apropiada en un momento particular. El paciente frecuentemente imitara la conducta del modelo cuando sea colocado es una situación parecida. El modelo puede estar en vivo o filmado con resultados igualmente exitosos. Aunque existen diferencias técnicas del modelamiento, se pueden citar los siguientes pasos en general para este procedimiento:

1. Obtener la atención del paciente
2. Modelar la conducta deseada
3. La guía física de la conducta deseada, puede ser necesaria cuando se espera inicialmente que el paciente imite la conducta modelada
4. Debe brindarse un refuerzo a la conducta guiada
5. Puede brindarse un refuerzo a las conductas que no requieren guía
6. Puede brindarse un refuerzo a las conductas apropiadas, iniciadas por el paciente sin modelamiento previo (16).

Los procedimientos de modelamiento sirven para cuatro funciones básicas:

1. El estímulo para la adquisición de nuevas conductas.
2. Para facilitar conductas que están ya en el repertorio del paciente, en una manera o momento más apropiado.
3. Para desinhibir conductas evitadas a causa del temor.

4. Para suprimir temores (16).

Según Barenie, en la situación odontológica es extraño que el modelamiento sea utilizado para la adquisición de nuevas conductas, puesto que las conductas básicas requeridas para esta situación (sentarse, abrir y cerrar la boca, etc.) son destrezas que la mayoría de los pacientes ya poseen. Sin embargo, ha demostrado ser efectivo en la facilitación de muchas conductas y en la extinción de temores (16).

En un estudio que fue conducido por Stokes y Kennedy citados por Kuhn y Allen, los niños observaron un video durante un lapso de 10 a 15 minutos en donde modelaba un niño que era sometido a un tratamiento odontológico; y luego este paciente sirvió de modelo para otro compañero de su misma edad mientras que le aplicaban el tratamiento. Se observaron disminuciones sustanciales en la conducta rebelde de los niños que fueron identificados previamente por el odontólogo como pacientes que constituían un problema de control conductual severo. En una investigación donde se realizó un seguimiento, se estudiaron los modelos en vivo durante la aplicación de los procedimientos odontológicos más invasivos y se determinó que simplemente los niños observaran a otros compañeros de la misma edad durante la aplicación de los procedimientos era suficiente para disminuir las conductas rebeldes. Estos niños cooperaban más debido a que lo estaban observando y por lo tanto tenían que comportarse como un modelo digno de

copiar. Una ventaja importante que tiene el modelamiento en vivo consiste en que no requiere de equipo, personal, ni alteraciones de la rutina odontológica para poder aplicar esta técnica (ver figura n°14) (38).

Ghose y col., han probado el efecto del modelamiento en 75 pares de hermanos en lo que el menor tenía entre 3 a 5 años de edad y el hermano era de 1 a 11 años mayor. El hermano menor observó varios procedimientos odontológicos realizados en el mayor durante dos visitas (una visita de examen y una de restauradora). Seguidamente después de cada visita, los mismos procedimientos fueron realizados en el hermano menor. El grupo control estaba formado por hermanos que nunca estuvieron juntos en las consultas. Estos investigadores hallaron que las diferencias generales con respecto a la conducta entre los grupos de modelamiento y de control fueron importantes, con el hermano mayor del grupo de modelamiento ejerciendo una influencia positiva sobre la conducta del menor. Los niños en el grupo de modelamiento mostraron una conducta significativamente mejor durante la entrada al consultorio, la preparación cavitaria y la colocación de la amalgama. Estas diferencias de conducta entre los grupos no pueden ser atribuidas a diferencias de edad o sexo entre los pares de hermanos (16).

Addelson y Goldfried, han discutido las ventajas y los usos de las técnicas de modelamiento en el tratamiento de paciente pediátrico. Afirman que el niño es capaz de aprender patrones de conducta complejos por la

observación de un modelo. Además el aprendizaje, a través del modelamiento, es particularmente efectivo: a) cuando el observador está en estado de alerta, b) cuando el modelo tiene relativamente mas estatus y prestigio y c) cuando hay consecuencias positivas asociadas con la conducta del modelo (16).

Addelson y col., han informado el efecto positivo de una película (para aplicar esta técnica de modelamiento) sobre el cambio de actitud de los niños que habían sido señalados previamente como temerosos a la consulta odontológica. Se demostró la respuesta o actitud positiva en los niños menores de 7 años de edad que observaron una película por 5 minutos. Melamed y col., ampliaron el estudio del efecto de las películas sobre modelamiento para incluir los cambios de la conducta. Permitieron a los niños próximos a recibir tratamiento odontológico observar una película de un niño enfrentando con éxito una consulta odontológica restauradora. Estos niños demostraron una conducta significativamente menos interrumpitiva durante la restauración comparados con otro grupo de niños que no habían visto la película (16).

El modelamiento es una técnica que brinda un beneficio importante con mínimo esfuerzo. Los niños en lugar de esperar en la sala de recepción, donde pueden ser influenciados adversamente por la ansiedad materna asociada con la situación odontológica, deberían llevarse al consultorio

inmediatamente después de llegar si se está atendiendo un modelo adecuado. Análogamente, cuando se atienden hermanos pueden trasladarse simultáneamente al consultorio (16).

La experiencia clínica ha demostrado que los hermanos que sirven como modelos no deben ser necesariamente los mayores sino los menos ansiosos. En estos casos, los pacientes menores pueden no tener tanto prestigio como el hermano mayor, pero parece imitar las conductas deseadas con una actitud de: “Bueno, si él puede hacerlo yo también puedo” (16).



FIGURA N°14: El uso de la técnica de modelamiento “en vivo”.

Los odontopediatras que han practicado en instituciones de enseñanza o clínicas de salud con un diseño abierto, informaron experiencias exitosas con la aplicación del modelamiento. La observación de varios modelos simultáneamente recibiendo procedimientos odontológicos parece tener

notables efectos calmantes sobre el niño ansioso. Rimm y Masters, dieron una explicación de su efectividad: “Los modelos aislados podrían ser considerados por el paciente que lo observa como poseedores de talentos especiales que les permiten no tener miedo; esto es menos probable que ocurra entre un grupo de modelos divergentes. En adición, los modelos múltiples tienen la posibilidad de variar sus formas en que demuestran una conducta sin temores, brindando así una mayor amplitud de posibilidades de conducta para el paciente” (16).

3.3 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Esta técnica se basa en un principio muy sencillo: ansiedad y relajación no pueden presentarse simultáneamente; fue concebida por Jones en el año 1924 cuando eliminó en un niño de tres años de edad el temor a un conejo blanco. Pero los estudios conducidos por Masserman (1943) y el trabajo de investigación conducido por Wolpe (1952) han logrado refinamientos en las técnicas que están destinadas a lograr un cambio en el comportamiento. La contribución de Wolpe se traduce en poner en práctica la técnica denominada desensibilización sistemática; la cual es efectiva, debido a que el paciente aprende a sustituir una respuesta emocional apropiada o adaptativa (la relajación) en lugar de una respuesta inapropiada o mal adaptada como sería la ansiedad. Wolpe usa el término “inhibición recíproca” para describir el proceso por el cual una persona que experimenta ansiedad

en asociación con ciertos estímulos puede tener una respuesta que inhibe la ansiedad a estos mismos estímulos. Esta técnica puede ayudar a modificar la conducta de un paciente en un momento dado usando dos factores importantes: 1) un contacto gradual del niño con su miedo y 2) un estado producido por la incompatibilidad con su miedo (8).

Los terapeutas de la conducta han encontrado que la desensibilización sistemática es uno de los métodos más efectivos para la reducción de la ansiedad. La técnica implica comúnmente enseñar al paciente como inducir un estado de profunda relajación y describir, mientras está relajado, escenas imaginarias vinculadas con sus temores. Estas escenas son presentadas al paciente de una manera gradual o por jerarquía, de modo que aquellas que provocan sólo mínima ansiedad sean descritas al principio. Progresivamente, van emergiendo situaciones con un potencial mayor de estrés. Sin embargo, la ansiedad es minimizada por el uso de la relajación. Los terapeutas de la conducta han encontrado una reducción muy importante en las respuestas de ansiedad a situaciones similares a la vida real, resultando de la participación en sesiones sistemáticas de desensibilización. La técnica ha sido específica en el manejo efectivo de fobias, incluyendo temores de rechazo, daño físico, inyecciones y figuras autoritarias (8), (16).

La construcción de la jerarquía debe ser realizada conjuntamente por el paciente y terapeuta. Teniendo siempre presente la experiencia fóbica del paciente y la intensidad de su miedo (26).

Según Weinstein y Nathan citados por Pimentel, la desensibilización sistemática y varias técnicas similares son muy aceptadas y se emplean en la psicología como estrategias para disminuir la ansiedad y el miedo. Más aún, hay pruebas sobre la eficacia de este método en niños, aunque la mayor parte de los resultados positivos son con niños mayores (26).

Si en cualquier momento, el paciente se torna ansioso, se lo señalará al terapeuta, quien terminará la escena imaginaria ayudándolo a lograr de nuevo el estado de relajación; una vez obtenido se le presentara la ultima escena ya dominada y se seguirá avanzando en la jerarquía establecida. Este proceso se repetirá en sesiones posteriores hasta que el paciente pueda imaginar toda la secuencia (26).

Después de establecer la jerarquía seleccionada para cada paciente, se comienza a practicar el primer paso, como un ensayo observando sus reacciones (26).

Milgrom y col. citados por Pimentel, afirma que se usa con frecuencia la respiración rítmica y la relajación que son fáciles de aprender y además son

eficaces; se le pide al paciente que tome una posición relajada, que respire profunda y lentamente, contando en voz alta hasta cinco o seis mientras inhala, volviendo a contar cuando exhala para hacer rítmica la respiración, esto hace que disminuya la frecuencia cardíaca (26).

Aunque los estudios con niños no se basan en una reacción de relajación para contrarrestar la ansiedad, existen pruebas de que pueden aprenderla, como por ejemplo en vez de pedirle a un niño que tense sus músculos estomacales se le puede decir que imagine que es un globo desinflándose, siendo bastante eficaz (26).

Elliot y Ozolins citados por Weinstein y Nathan (1988), comunicaron otra técnica muy útil la cual era enseñar a los niños a exhalar con mucha lentitud, imaginando que el cuerpo es como un caucho que sufre un pinchazo y que se va desinflando lentamente; seguidamente les enseñan a hacer un sonido silbante mientras exhalaban (26).

Los terapeutas del comportamiento prefieren utilizar la denominada desensibilización por imaginación en los niños, que es una adaptación de la desensibilización sistemática para que pueda ser usada en los niños con mayor éxito (26).

Según Barenie citado por Ripa, el uso de la técnica de desensibilización sistemática tradicional (con relajación muscular profunda y la presentación de situaciones imaginarias provocadoras de ansiedad) requiere aproximadamente de 15 a 25 sesiones de terapia para entrenar al paciente apropiadamente en la relajación muscular y reducir la ansiedad. Por lo tanto, desde un punto de vista práctico su utilización en la reducción de la ansiedad asociada con el tratamiento odontológico estaría probablemente limitada sólo a los pacientes más ansiosos. Estos podrían ser tratados inicialmente por un terapeuta de la conducta y subsiguientemente recibir tratamiento odontológico por parte de un profesional familiarizado con los procedimientos de desensibilización y los detalles de la técnicas de relajación (16).

Aunque el uso de la técnica tradicional de desensibilización sistemática no está generalmente indicado para el odontólogo, las variaciones en la técnica han probado ser útiles y pueden ser aplicables al consultorio. Wolpe y D'Zurilla citados por Ripa, han sugerido que los contactos de la vida real con los estímulos que provocan ansiedad pueden ser beneficiosos en la reducción de las respuestas y que, en realidad, la presentación de las escenas estarían de más. Del mismo modo, existe evidencia de que la relajación muscular profunda no es imprescindible para los procedimientos de desensibilización. Por lo tanto, los principios de la desensibilización pueden ser aplicados a la situación odontológica, a pesar de que la relajación y las escenas imaginarias parecen ser imprácticas (16).

Addleston citado por Mathewson y col., introdujo la técnica Decir-Mostrar-Hacer como un procedimiento que se puede usar para lograr un cambio conductual en el paciente, como ya explicamos anteriormente. Esta incluye ciertos elementos que se aplican en la desensibilización sistemática. Sin embargo, Ingersoll (1982) piensa que esta técnica Decir-Mostrar-Hacer (la cual presenta un enfoque similar al de la técnica de desensibilización) es una técnica que sirve para dar información y hacer que el paciente entre en contacto con el procedimiento odontológico que permite moldear la conducta porque excluye el formato preparatorio que tiene la desensibilización sistemática (8).

Según Weinstein y Nathan citados por Pimentel, esta técnica es una modificación de la desensibilización sistemática, la cual es muy sencilla y su objetivo es luchar con el temor del niño a los objetos y a las personas extrañas que lo rodean. La técnica es especialmente útil en las siguientes situaciones: 1) Durante la visita inicial de un niño, 2) en las visitas subsiguientes cuando se van a llevar acabo procedimientos que son nuevos para el niño, 3) Cuando se tratan pacientes referidos que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas por su odontólogo (26).

El odontólogo deberá establecer la jerarquía de los procedimientos que provocan ansiedad e introducir al niño primero a las fases de tratamiento asociadas con niveles de ansiedad bajos pasando más adelante a las fases

más complejas (las que producen mayor ansiedad), recordando siempre que este es un proceso altamente individualizado. Siempre se debe terminar la consulta con un tono positivo, ayudando y acentuando en el niño a experimentar una sensación de haber logrado el objetivo y agradecerle su colaboración (16), (26).

Luego de los procedimientos iniciales de desensibilización es aconsejable empezar el tratamiento odontológico con procedimientos sencillos y de poca duración. Wright y col., recomiendan que cuando se planifique el tratamiento restaurador, en lo posible se comience por el cuadrante superior izquierdo debido a que según estos autores hay menor posibilidad de que el paciente vea la inyectora y la aguja. La colocación del anestésico tópico con frecuencia es rechazado por el paciente, bien sea por su sabor o porque simplemente sabe que eso significa la colocación inminente de una inyección; aunque Kaplan y Fishbein citados por Pimentel afirman que siempre se debe aplicar anestésico tópico antes de la administración de la anestesia (26).

3.4 TÉCNICA DE LAMAZE

Esta técnica representa una buena opción para aquellos odontólogos generales a los que les gusta atender niños que presentan conductas no cooperadoras, sin tener amplios conocimientos en psicología infantil. Torney

y McCann citados por Pimentel, consideran que es una adaptación de la técnica psicoprofiláctica de Lamaze para controlar el dolor en el momento del parto (26).

El método del parto psicoprofiláctico nació en Rusia (en 1949), basado en el estudio de los reflejos condicionados investigados por Pavlov y aplicados por los doctores Nicolaiev y Platanov . Posteriormente, el Doctor Lamaze estudió en Rusia sobre este tema y llevó a Francia sus conocimientos los cuales se convirtieron en una especialidad en el Hospital Metalúrgico de París (26).

El método Lamaze ha sido ampliamente difundido por todo el mundo especialmente en Estados Unidos, Iberoamérica, España, Francia, Rusia y China (26).

Según Torney y McCann (1978), la técnica de Lamaze adaptada a la odontología presenta varias ventajas con respecto a otras técnicas de manejo de la conducta permitiendo que los odontólogos puedan utilizarla sin mayores inconvenientes:

1. No son necesarios espacios adicionales en el consultorio sino en la infraestructura básica
2. No se requiere de un equipo adicional especial a excepción de los recursos básicos

3. Demanda muy poco tiempo del clínico debido a que una buena parte del procedimiento es realizado por los padres en el hogar (26).

Esta técnica es un procedimiento estandarizado por tanto puede ser utilizado en la mayoría de las situaciones clínicas. Es necesario conocer la técnica psicoprofiláctica de Lamaze para poder aplicarla en niños temerosos, ansiosos y fóbicos con la finalidad de modificarle su conducta (26).

El método de Lamaze es un programa que se divide en dos partes, la primera es un proceso de descondicionamiento donde se elimina la ignorancia, los conceptos erróneos y dudas que dan origen al miedo y por lo tanto al dolor en el parto. Es principalmente educativo donde se los explica a las futuras madres que las contracciones uterinas son una parte normal del parto y no una razón para tener miedo o dolor. El segundo paso es el recondicionamiento que es la formación de un nuevo conjunto de reflejos condicionados que reemplazan a los antiguos. Estos incluyen ejercicios respiratorios los cuales se aprenden en el transcurso del embarazo, el uso de un punto focal en el que concentran durante las contracciones y la participación consciente de pies y manos como un recurso para difundir la energía motora y distraer la atención de las contracciones uterinas (26).

De esta forma las futuras madres aprenden a responder ante señales verbales y activar sus reflejos condicionados para que durante la labor parto las contracciones reemplacen las señales verbales. Con estos dos pasos la

mujeres estarán conscientes y podrán controlar sus reflejos y respuestas durante el alumbramiento (26)

Torney y McCann citados por Pimentel (1978), aplicaron estos conceptos básicos de Lamaze por un período de 12 semanas a 30 niños de bajos recursos con una conducta no cooperadora que incluía desde rabieta hasta agresiones tales como patadas, mordiscos y gritos, además de una gran resistencia a la colocación de la anestesia local (26).

Durante el descondicionamiento se les eliminó su miedo y su conducta disruptiva con una primera visita agradable, amistosa, atraumática y educativa en el consultorio, sin realizarles ningún tratamiento solamente estableciéndose un primer contacto de reconocimiento mutuo y explicativo de la dinámica a seguir la cual consistió en respiraciones lentas y regulares a un ritmo aproximado de 10 inhalaciones por minuto, sin permitir que se distrajeran (26).

A medida que iban respirando lentamente se les pidió que levantarán su pierna derecha por 20 segundos, hecho esto, se les preguntaba sobre su canción o tonada favorita, animándolos que pensarán en ella mientras mantenían la misma frecuencia respiratoria y levantaban su pierna, practicando las tres cosas a la vez. Este ejercicio se realizó por 100 segundos (26).

Por ultimo, se introdujo un pitillo en su boca, simulando una aguja dental, explicándoles que era un simulacro de aguja, mientras se le pedía que respirarían, alzarán la pierna y pensarán en la canción. La “aguja falsa” fue colocada primero sobre el paladar y después sobre la mucosa vestibular simulando la colocación de la anestesia con la finalidad de que se fueran acostumbrando al procedimiento, es importante destacar que la palabra “inyección” se nombró repetidamente (26).

Esta primera visita tuvo una duración de 15 minutos aproximadamente y concluyo indicándole tanto al niño como a sus padres que debían repetir esta rutina diariamente hasta la próxima cita que sería una semana después (26).

La participación de los padres es determinante por lo que se les debe dar una instrucción completa, siendo recomendable la entrega de un folleto explicativo. También es importante utilizar un lenguaje acorde con la edad del niño debido a que la comunicación es esencial (26).

Durante la segunda sesión que es el recondicionamiento se practicó el mismo procedimiento de la simulación de la aguja y si el niño presentaba una buena actitud se sustituía por una inyectora con aguja y líquido anestésico, después de colocar la anestesia se realizaba el tratamiento odontológico correspondiente (26).

Los autores concluyeron que obtuvieron muy buenos resultados debido a que los niños respondieron favorablemente al tratamiento, aceptando con disposición las inyecciones a pesar de la mala conducta anteriormente reportada y que su éxito esta basado en las mismas razones sustentadas por Lamaze en su teoría del parto psicoprofiláctico (26).

Este programa elimina el Síndrome miedo-dolor al educar al niño ante un procedimiento anestésico al mostrarle como se coloca la aguja en su boca y como se “duerme” su diente. Segundo, hace que el niño participe en algunas actividades distrayéndolo de la zona bucal y logrando que canalice su energía motora hacía otro punto, que no sean las patadas, gritos o mordiscos. Tercero, al practicar sus ejercicios en el hogar el niño se siente más confiado y familiarizado con el procedimiento odontológico (26).

Al analizar detenidamente esta técnica observamos que es una combinación de varios recursos tales como la relajación, desensibilización sistemática y efecto placebo, muy fácil de aplicar y que arroja excelentes resultados en niños con fobia a las agujas (26).

3.5 MANEJO AVERSIVO DE LA CONDUCTA

3.5.1. TÉCNICAS DE INUNDACIÓN

Según McTigue citado por Ripa, la inundación se describe como una técnica de modificación del comportamiento que elimina los intentos del niño para tener experiencias que percibe como no deseables evitándolas o escapándose de ellas. Una vez que el niño está expuesto a esta experiencia no deseable conoce apropiadamente que no existe razón para intentar evitar esta situación (16).

Dos técnicas de manejo del comportamiento diferentes se emplean en odontología para los niños, que siguen los principios de la inundación. Estas son mano sobre la boca y la restricción física. Ambas técnicas han recibido una aceptación amplia por los odontólogos infantiles (16).

3.5.1.1. TÉCNICA DE MANO SOBRE LA BOCA (Hand-Over-Mouth Exercise, HOME)

Descripción.

Es un método de manejo de la conducta comúnmente aceptado y muy efectivo, el cual ha sido descrito en la literatura odontológica por más de 30 años. Es una variante de las otras técnicas comunicacionales y es usada para insistir en una petición y recuperar la comunicación adecuada. En el

momento indicado, la mano es colocada sobre la boca del paciente y se le explica lo que queremos que el haga (comportamiento deseado). Al niño se le informa que la mano se le quitará de la boca cuando el colabore y se comporte adecuadamente (36).

La necesidad de diagnóstico y tratamiento, así como la seguridad del paciente, del profesional y del equipo odontológico deben ser tomadas en cuenta cuando se usa la técnica mano sobre la boca (HOME). La decisión de usar HOME debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Otras modalidades de manejo de la conducta
2. Las necesidades odontológicas del paciente
3. Calidad de la asistencia odontológica
4. El desarrollo emocional del paciente
5. Consideraciones físicas del paciente

Debemos obtener previamente el consentimiento de los padres del paciente o del representante legal del niño cuando se sospeche de su uso. El uso del HOME debe estar anotado en la historia del paciente (36).

Objetivos:

1. Obtener la atención del niño para poder establecer una comunicación con el odontólogo y que las expectativas del comportamiento del paciente puedan ser explicadas.

2. Eliminar conductas evasivas o inapropiadas al tratamiento odontológico y establecer conductas apropiadas
3. Que el niño tenga confianza en si mismo, haciendo frente al estímulo o procedimiento odontológico provocador de ansiedad.
4. Preservar la seguridad del niño, suministrar un tratamiento odontológico de alta calidad (36).

Indicaciones:

- En niños saludables, quienes pueden entender, aprender y cooperar pero muestran un comportamiento desafiante e histérico al tratamiento odontológico. Es imperativo que esta técnica sea usado solo en niños con suficiente madurez para comprender ordenes verbales simples.
- Es aplicada apropiadamente al niño sobre los tres años de edad, que tiene una inteligencia normal y que no tiene incapacidad que le eviten una falta de conocimiento de las instrucciones del odontólogo (36).

Contraindicaciones:

- No se debe aplicar en niños que debido a su edad, incapacidad o falta de habilidades, medicación o inmadurez emocional no pueden entender ni cooperar. Es decir, no es una técnica para el niño muy pequeño, el inmaduro, el atemorizado o el niño con un serio impedimento físico, mental o emocional.

- Cuando no permite que el niño respire (36).

Para que un odontólogo maneje apropiadamente y trate a un paciente niño, debe ser capaz de comunicarse con él. El niño que tiene un berrinche en el sillón odontológico consigue demorar o impedir el tratamiento. Además, la conducta interruptiva está evitando la comunicación. El propósito de esta técnica como se dijo anteriormente es conseguir la atención del niño y detener su explosión verbal de modo que pueda ser establecida la comunicación. Una vez hecho esto el odontólogo podrá emplear otras formas de manejo para producir y apoyar la conducta deseable (16).

Craig citado por Ripa, indica que la técnica puede ser usada de la siguiente manera:

1. Después de determinar que la conducta de un niño indica el uso de esta técnica, el paciente debe permanecer en el sillón con la ayuda de la asistente que ayuda a frenar sus brazos y piernas, el odontólogo coloca suave pero firmemente su mano sobre la boca del paciente (ver figura n°15)
2. y calmadamente le dice: “Yo quiero hablar contigo, voy a retirar mi mano cuando tu dejes de gritar ¿entiendes?”. Con la explosión verbal completamente detenida, se le dice al niño que cuando coopere, la mano será retirada.

3. El odontólogo hace contacto visual y cuando el paciente indica su voluntad de cooperar, comúnmente por la señal afirmativa de la cabeza y el cese de los intentos de gritar, la mano es retirada y el paciente es reevaluado.
4. Si la conducta interruptora continua, el profesional coloca nuevamente la mano sobre la boca del niño y le dice que debe cooperar. Esta rutina puede ser repetida varias veces, hasta que la conducta del niño cambie lo suficiente como para permitir que comience el tratamiento. Una vez que el niño coopere debe ser felicitado (16).



FIGURA N°15: El uso de la técnica de mano sobre boca.

Existen diversas variaciones de la técnica mano sobre la boca. Estas son: mano sobre la boca vía de aire sin restringir; mano sobre la boca y nariz (vía de aire restringida); toalla mantenida solamente sobre la boca; toalla seca mantenida sobre la nariz y boca; toalla húmeda mantenida sobre la nariz y la

boca. Los autores recomiendan que la mano sea colocada únicamente sobre la boca, la vía de aire del niño nunca deberá ser restringida quedando implícito que niño no tenga ningún bloqueo nasal y pueda respirar satisfactoriamente por la nariz cuando la boca está cerrada (16).

Esta técnica no es un castigo y el odontólogo no debe expresar angustia cuando utilice esta técnica. Además, es un método para demostrar al niño que la situación no es necesaria. Una vez que estos niños aprenden a cooperar en la consulta odontológica llegan a ser pacientes excelentes (16).

El ejercicio de mano sobre la boca (HOME) y la mano sobre la boca con la obstrucción de las vías respiratorias (HOMAR), han sido históricamente aceptadas con ciertas diferencias técnicas, para controlar a los niños que muestran conductas negativas o que no pueden adaptarse a su entorno (41).

Tanto las indicaciones como las contraindicaciones en relación al uso de estas técnicas han sido bien definidas por Craig (1971), Levitas (1974) citados por Acs y col.. Se ha establecido que la técnica HOME ofrece beneficios a largo plazo que ayudan a reforzar las relaciones entre el odontólogo y el niño (41).

Bowers (1982) citado por Acs y col., estudió los aspectos legales que caracterizaba a la consulta en la que se usaba la técnica HOME en el niño,

como una forma para lograr el control del comportamiento y observó que aunque no había demandas en contra del uso de las técnicas HOME y HOMAR, hubo otras áreas que podrían crear preocupación entre los odontólogos infantiles. Surgieron opiniones acerca del consentimiento escrito, el potencial de agresión y la aceptación profesional de estas técnicas. Aunque la técnica HOME puede que tenga relevancia clínica, Bowers cuestionó la adecuación de la técnica HOMAR tanto desde el punto de vista psicológico y/o del comportamiento como desde el punto de vista legal. Una técnica que se use para controlar la conducta puede ser considerada como un elemento exageradamente duro o que represente un castigo, pensándose que constituía una posible razón generadora del bajo nivel de aceptación que tiene la técnica HOMAR entre los odontólogos infantiles. Esta misma razón podría ser usada en un tribunal en donde el castigo legal no sería perdonado, inclusive cuando a nivel profesional este procedimiento goce de una gran aceptación. En realidad, Schuman citado por Acs y col., reportó varias situaciones en las cuales los odontólogos habían sido demandados por abusos cometidos contra niños o delitos cometidos en el desarrollo de la asistencia odontológica. La técnica HOME fue señalada por el Comité Odontológico de Virginia de EE.UU. en el año 1987, como un procedimiento que lideriza los reportes de abusos cometidos por odontólogos contra niños (41).

Las observaciones que fueron realizadas por Davis y Rombom citados por Acs y col., nos permiten decir que la técnica HOME y las de control físico fueron ampliamente aceptadas entre los directores que preparan los programas que se implementan en los estudios a nivel de Post-grado. Aproximadamente el 90% de los directores reportaron haber enseñado estas técnicas. Los autores indicaron que debido a que no se conocían técnicas simples y alternas que se podrían usar para lograr el control de la conducta era posible que el sector privado comenzara a usarlas. Esta idea coincidió con los resultados obtenidos en una encuesta aplicada sobre las técnicas para el control del comportamiento; los autores llegaron a la conclusión de que los encuestados normalmente diseñaban las tácticas a usar en la enseñanza de la técnica HOME siguiendo las pautas de Craig y Levitas (1974) y creían firmemente que el uso de estas técnicas diseñadas para lograr el control físico no inducían problemas psicológicos entre los pacientes pediátricos (41).

En el trabajo realizado por Acs y col., aplicaron una encuesta a los directores de los programas educativos avanzados en la odontología infantil, idéntico al conducido en 1979, el cual fue realizado con el fin de estudiar el uso y las recomendaciones de las diferentes técnicas de control físico. Los resultados actualizados nos indicaron que aún impera un alto nivel de aceptación de la técnica HOM. Solamente el 11,1% reporto que nunca implementaron esta técnica. No obstante, la restricción del aire resulto ser

significativamente menor que en 1979. Los directores de los programas actualmente reportan situaciones en las cuales se recomiendan otras técnicas de control físico como lo constituye la tabla de Papoose (41).

A pesar de la aceptación continua que caracteriza a las técnicas de control físico, una gran cantidad de directores reportan que no pueden garantizar, a cabalidad, que estas técnicas no inducen problemas psicológicos (41).

Aunque la información real obtenida a través de la encuesta nos permite entender que puede haber discrepancias entre los niveles logrados por los profesionales, apoyados por las direcciones de los institutos que representan y los cambios materiales, esa discrepancia es mayor cuando los directores de los programas tienen más de diez años en el cargo. Estos directores mostraban una tendencia a creer que la técnica HOME era recomendada en situaciones específicas caracterizadas por la histeria que debía ser controlada y conductas acompañadas de rabia y tampoco mostraban intenciones de explicarle a los niños porque habían usado en ellos la técnica HOME. Además de esto, estos directores tenían la misma tendencia a usar restricciones a las vías respiratorias que tenían los directores que fueron encuestados en 1979, aunque los directores que tenían menos de 10 años de servicio mostraban menos tendencias a usar restricción de las vías respiratorias (41).

Barton y col., difieren con respecto a los efectos a largo plazo que surten las técnicas HOME y control físico. Giangreggo señala que las experiencias odontológicas negativas pueden empañar el “lente” que le permite el niño percibir la actividad odontológica en el futuro. Weinstein, Schuman citados por Barton y col., afirman que las técnicas HOME y restricción física no son convenientes y que pueden contribuir a que el niño tienda a evitar el tratamiento por miedo a él en futuro (Barton y col.). Por el contrario, Hartman reportó que las técnicas utilizadas para lograr el control de la conducta como HOME son usadas con frecuencia en niños que tienen entre tres y cuatro años de edad y que son técnicas seguras y efectivas. Chambers, afirmó que el uso de la técnica HOME puede tener un efecto positivo a largo plazo entre el niño y el odontólogo (42).

Barton y col., realizaron un estudio cuyo objetivo fué el comprobar si existía una diferencia significativa entre la cantidad y la severidad de los temores dentales entre los pacientes que fueron sometidos y los que no fueron sometidos a las técnicas mano sobre la boca y restricción física. Se examinaron los registros de los pacientes provenientes de las clínicas que funcionaban como parte de la Escuela de Odontología y casos que pertenecían a la consulta privada con el fin de identificar cuales pacientes habían sido a las técnicas de mano sobre la boca y de control físico. Se formularon una serie de preguntas probadas y usadas para averiguar las

diferencias entre el grupo que eran sometido a HOME y/o restricción física y el grupo que se usó como control para establecer comparaciones (42).

Fueron entrevistados 122 pacientes, 61 quienes habían sido sometidos a la técnica HOM y/o control físico y 61 pacientes a quienes no se les había aplicado tipo de control físico. Cuando se estudió la edad real en la que fueron aplicadas las técnicas HOME y control físico, 30 de los 61 pacientes habían sido sometidos a estas técnicas antes de que cumplieran los 4 años de edad; 12 estaban entre los 5 y 6 años de edad, 7 estaban entre los 7 y 8 años, otros 7 estaban entre 9 y 10 años, y 5 a la edad de 11 años o más. La edad en la cual el niño había sido sometido al efecto de las técnicas HOME y/o control físico estaba entre los 2 y 13 años de edad (42).

El tiempo promedio que había transcurrido desde que se hubiese aplicado las técnicas y/o control físico fue de 8 años y 7 meses para las niñas y 6 años y ocho meses para los varones. El tiempo que había transcurrido desde que se aplicó la técnica de control físico y HOME estaba en un rango que iba desde 2 años a más de 15 años, según los registros. El lapso de tiempo promedio desde que fueron aplicadas las técnicas HOME y/o control físico fué 9 años para los pacientes que acudían a la Escuela de Odontología. El promedio para ambos grupos resultó ser de 7 años y 4 meses (42).

A los pacientes se les pidió que contestarán preguntas que tenían que ver con los temores generalizados y con temores dentales. La primera pregunta fue diseñada para determinar cualquier diferencia sobre los temores generalizados entre el grupo que fueron sometidos a las técnicas HOME y/o control físico y el grupo que se usó como control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para determinar el nivel de temor que experimentaba el paciente ante la oscuridad, relámpagos, culebras, perros, gatos lugares desconocidos, agua, películas de terror. A los pacientes también se les preguntó si tenían miedo a: ser engañado por el odontólogo, lo que le pudiera hacer a sus dientes, a la aguja, a la turbina, a perder un diente, a que le diera un ataque en la silla. Fueron analizadas las respuestas y no se observaron diferencias estadísticamente significantes entre los dos grupos (42).

Cuando se les preguntó si había ocurrido algo en el consultorio odontológico que los hubiese hecho temerosos que los hizo pensar que no regresarían nunca más al consultorio, los resultados obtenidos no demostraron diferencias. Un 34% fue la incidencia de las respuestas negativas que dió el grupo al que se le aplicaron las técnicas HOME y control físico en comparación con un 36% que mostró el grupo que se usó como control. Usando palabras y construcciones gramaticales diferentes para obtener respuestas adicionales se les pidió a los pacientes por segunda y tercera vez que describieran cualquier experiencia odontológica positiva o

negativa que recordaran. Nuevamente, los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significantes entre el grupo que fué sometidos a la técnica HOME y /o control físico y el grupo que se usó como control; aunque a cada individuo se les dió tres oportunidades para reportar y describir experiencias odontológicas solo 1 de 61 pacientes narró haber sido “aguantado”. Aquellos pacientes que narraban las experiencias odontológicas fueran estas positivas o negativas, se les preguntó si estas experiencias influyeron sobre la forma como se sentían acerca de ir al odontólogo. La mayoría de los encuestados, el 72% entre los pacientes a quienes se les había aplicado la técnicas HOME y/o control físico y el 77% de los pacientes que conformaban el grupo control, dijeron que sus primeros recuerdos no ejercían influencia sobre lo que sentían acerca de someterse a un tratamiento odontológico. Los resultados obtenidos en el análisis Chi-cuadrado no nos permiten inferir la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (42).

A los pacientes se les preguntó sobre lo que pensaban acerca de la consulta odontológica: si lo aceptaban, si no les gustaba ir o si detestaban ir al odontólogo. El 84% de los pacientes que fueron sometidos a las técnicas de HOME y/o restricción física y 88% de los pacientes que pertenecían al grupo control dieron respuestas positivas. Las respuestas negativas fueron dadas por un 16% del grupo que fue sometido a las técnicas en comparación con el 12% del grupo que se usó como control. Los resultados obtenidos

cuando se aplicó la prueba del Chi-cuadrado no reflejaron diferencias estadísticamente significantes entre los dos grupos. Se analizaron la edad y el sexo, con el fin de detectar las diferencias en las respuestas negativas ante las tres diferentes preguntas que fueron formuladas en la entrevista para poder recordar con más facilidad los eventos negativos. Cuando se analizaron, en forma separada por edad y sexo, las respuestas dadas a las tres preguntas formuladas no mostraron diferencias estadísticamente significantes, posiblemente debido al tamaño de los subgrupos que resultaron al efectuarse la división. En general, cuando se formularon las preguntas en forma separada o combinada, las niñas reportaron más recuerdos negativos (42) en comparación con los niños (22) y reportaban más cantidad de recuerdos negativos cuando la experiencia era más distante en el tiempo. Por lo tanto, los varones mostraban una tendencia opuesta a esta cuando evocaban respuestas negativas en relación al tiempo; las niñas tenían más memoria, recordaban momentos más distantes y hacían más comentarios negativos (42).

Se les preguntó a los pacientes si podían recordar experiencias intimidantes en el consultorio odontológico u Hospital, el 46% de los pacientes a quienes se les había aplicado las técnicas HOME y/o control físico y el 21% de los pacientes que pertenecían al grupo que se uso como control respondieron que “sí”. Más del doble de los pacientes del primer grupo en comparación con el grupo que se uso como control, reporto haber

tenido experiencias negativas en el consultorio u hospital. Nuevamente las niñas reportaron más respuestas negativas que los varones, había que determinar si estas niñas formaban parte del grupo control o del grupo sometido a las técnicas de HOME y/o restricción física. La prueba binomial aplicada demostró que esta diferencia era significativa. La experiencia traumática específica en un consultorio u hospital podría ser descrita por 27 de 28 pacientes a quienes se les aplicaron las técnicas HOME y/o restricción física y por 12 de los 13 pacientes que pertenecían al grupo que se usó como control (42).

Mientras que algunos investigadores piensan que la aplicación de las HOME y/o control físico no producen efectos secundarios que perduren, otros autores piensan que producen fobias dentales (42).

Según Rovee-Collier, la definición de evento recordado se traduce en el impacto que este evento pueda tener en la conducta y lo pueda desarrollar este en su vida futura (¿El paciente actúa de manera diferente debido al evento?). El análisis de la observación que se obtuvo en la conducción de este estudio demuestra que aplicar las técnicas HOME y/o restricción física no tuvo un efecto detectable en la vida futura de los pacientes participantes (42).

En este estudio se demostró que las experiencias odontológicas que acontecieron en los primeros años de vida del niño no afectaron ni su actitud

y conducta. Sin embargo Melamed citado por Barton y col., cree que las primeras experiencias constituyen un componente importante en el desarrollo de la ansiedad y miedo dental. Otros hallazgos contradicen estos puntos de vistas. Muchos investigadores han demostrado que ocurren dos eventos en forma paralela: 1)un adulto recuerda muy poco y si acaso algún evento específico que ocurrieron en sus primeros años de vida y 2)los niños que están en edad pre-escolar no logran recordar eventos pasados, inclusive aquellos ocurridos el día anterior (42).

En el estudio realizado sobre los recuerdos retrospectivos por Winograd citado por Barton y col., señala que no se recordaban los eventos específicos que uno podría pensar que normalmente se mantienen en la memoria de un niño. Él afirma que muy pocos recuerdos, antes de los 4 años pueden ser usados. En el estudio de Barton y col., cuando se les preguntó a los pacientes, en tres oportunidades diferentes, si recordaban eventos odontológicos que hubiesen ocurrido en los primeros años de vida no se observó ninguna diferencia significativa entre los dos grupos (42).

3.5.1.2. RESTRICCIÓN FÍSICA

Descripción

La inmovilización parcial o incompleta de los pacientes, a veces, es necesaria para proteger al paciente, al odontólogo y/o el equipo odontológico de lesiones mientras se brinda asistencia. La inmovilización puede ser

efectuado por el odontólogo, por el asistente o por los progenitores con o sin la ayuda de aparatos que hacen más efectivo el esfuerzo que realiza el personal odontológico (36).

La necesidad de un diagnóstico y tratamiento, la necesidad de proteger al niño, al profesional y al auxiliar deben ser tomados en cuenta cuando se usa la técnica de inmovilización (36).

Se debe obtener el consentimiento del progenitor o representante legal del niño para la aplicación de esta técnica. Una descripción del uso de la inmovilización debe ser incluida en la historia del paciente. Esta descripción debe incluir:

1. Autorización escrita del progenitor o representante legal del niño
2. Tipo de inmovilización utilizada
3. La indicación de la inmovilización
4. Una evaluación de su aplicación
5. Duración de la inmovilización (36).

Objetivos:

1. Reducir o eliminar movimientos involuntarios
2. Proteger al paciente y al equipo odontológico de alguna lesión o daño
3. Facilitar el suministro de un tratamiento odontológico de calidad

Indicaciones:

- Un paciente que requiera de un diagnóstico y/o tratamiento y no coopere debido a su falta de madurez
- Un paciente que requiera de un diagnóstico y/o tratamiento y no coopere debido a deficiencias físicas o mentales
- Un paciente que requiera de un diagnóstico y/o tratamiento y no coopere luego de haber recibido otro método de control de la conducta
- Cuando la seguridad del paciente y/o odontólogo puede estar en riesgo sin el uso de la inmovilización.

Contraindicaciones:

- En pacientes cooperadores
- En un paciente que no pueda o deba ser inmovilizado por indicaciones médicas o complicaciones sistémicas (36).

Por tanto, la restricción física del niño incluye el uso de abre bocas (ver figura n°16), restricción por parte del odontólogo y/o la asistente dental o de la madre, correas unidas al sillón odontológico y el uso de envolturas corporales tales como sabanas u otros dispositivos. Esta restricción física en el consultorio odontológico, pueden variar desde mantener suavemente las manos del niño hasta mantener el cuerpo completamente inmovilizado con un Papoose Board. El objetivo, es utilizar la mínima cantidad de restricción necesaria para frenar las interferencias de los movimientos del paciente. La

restricción se elimina cuando el niño aprende que la resistencia no es necesaria y que él debe cooperar. Al niño debe solicitársele su colaboración (16).

Los abre bocas se emplean, a veces, en el momento de colocar la inyección para evitar que ellos cierren la boca y se lastimen. Así como también en el caso de fatiga debido a una sesión larga, y para el niño revoltoso o desafiante que cierra constantemente la boca a fin de interrumpir el tratamiento. Los abre bocas siempre deberán ser usados en el niño mental o físicamente impedido y en el de muy corta edad que no pueden mantener su boca abierta por un período prolongado. En estas situaciones, además de controlar la actividad de la mandíbula y proteger al paciente del posible daño a sí mismo, también protege los dedos del odontólogo (16).

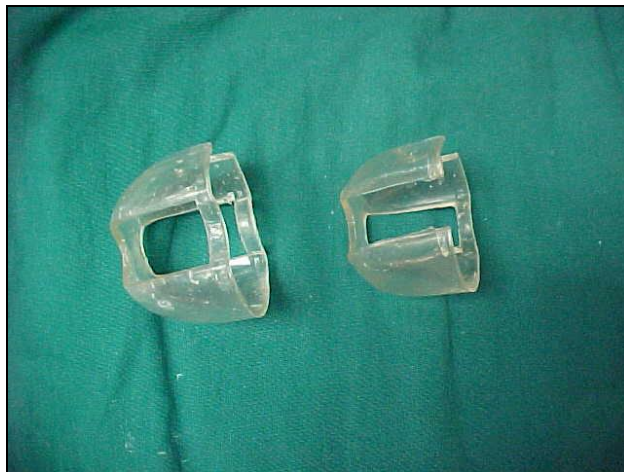


FIGURA N°16: Tijera de “Molt”: Este tipo de “abreboca” se utiliza para impedir que el niño cierre la boca en el momento de realizar el tratamiento y así evitar algún daño físico.

La restricción es manejada por el profesional y el asistente dental, para conseguir la cooperación del niño. La restricción puede ser necesaria en caso de niños hipermotivos, revoltosos y desafiantes. El asistente será entrenado para esto y estará preparado para controlar cabeza, cuerpo y brazos. Debe resaltarse que este procedimiento no debe utilizarse en el paciente aprehensivo, puesto que solo servirá para aumentar sus temores (16).



FIGURA N°17 Y N°18: Se muestran los diferentes tipos (bloques de mordida Mc.Kesson y abrebocas plásticos) y tamaños de abrebocas utilizados frecuentemente en la consulta odontológica del paciente niño.



El progenitor también colaborará para ayudar a controlar los movimientos del paciente o cuando se trata de un niño muy pequeño. El niño es sentado derecho en el regazo de su progenitor, una de sus manos es colocada sobre la frente del niño mientras con la otra cubre ambas muñecas. Con esta

posición de las manos, la madre puede inmovilizar satisfactoriamente la cabeza, los brazos y el cuerpo del niño (Ver figura n°19) (16).



FIGURA N°19: Otra manera de restringir los movimientos del niño muy pequeño es sentando al paciente niño con su progenitor.

Las sábanas o envolturas corporales pueden ser usadas también para restringir los movimientos. Este tipo de restricción no asegura al niño al sillón, a menos que sea utilizada una sabana adicional (atada alrededor del paciente y del sillón odontológico). El tipo de restricción con sabana es utilizada frecuentemente para el niño muy pequeño (menor de 2 años de edad). Un ejemplo de una envoltura comercial para infantes y niños muy pequeños son el Pediwrap® y el Papoose Board® (ver figura n°20) (16).

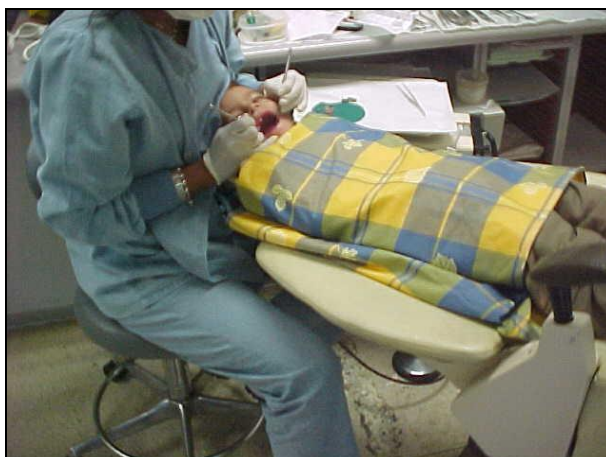


FIGURA N°20: Restricción física de los movimientos con el uso de sabana o envoltura.

Croxton citado por Ripa, evaluó las respuestas de 28 niños referidos por otros odontólogos debido que presentaban problemas para el manejo de su conducta. Este investigador brindó lo que el llamo una “atmósfera de disciplina consistente” durante las consultas odontológicas de los niños y empleo el control de la voz o la restricción física para manejar su conductas. Informó que con el uso de estas técnicas 26 de los niños se adaptaron a la situación odontológica. En adición, en la consulta de control de los 6 meses, la asistente dental pudo tomar radiografías interproximales, realizar una profilaxis y aplicación tópica de fluoruro de sodio sin ningún problema de conducta desfavorable. Esto crea una actitud positiva de los niños hacia la odontología (16).

El uso de la restricción física para controlar la actividad de un infante es común entre los odontopediatras. En el año 1972, 162 miembros diplomados de la Asociación de Odontopediatras fueron encuestados a través de un cuestionario postal sobre las técnicas de manejo de la conducta. De los 120 que respondieron, 101 indicaron que usaban alguna forma de restricción física en pacientes seleccionados y 19 dijeron que nunca usaban la restricción física. La razón expuesta para la restricción física fue la conducta interruptora durante la visita. Las razones comunes fueron la edad de paciente, una condición de impedimento existente o de una enfermedad (ver tabla n°11) (16).

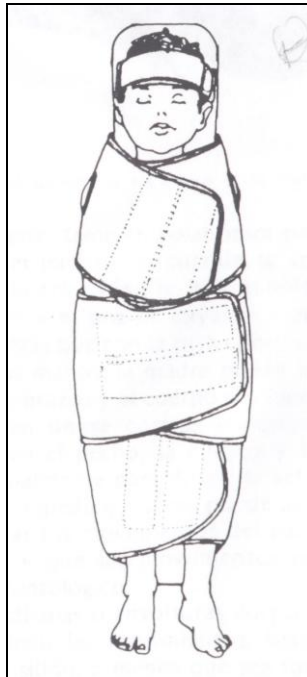


FIGURA N°21: Se muestra el dispositivo comercial para envoltura (Olympic Pappose Board), usado para inmovilizar a niños pequeños (Tomado de Ripa).

TABLA N°11: Resumen de la encuesta a los miembros diplomados de la Asociación de Odontopediatras

Preguntas	Respuestas
Emplean restricción física	Siempre: 0 En casos seleccionados: 101 Nunca: 19
Criterios para el uso de la restricción física	Conducta actual: 76 Edad: 40 Impedimento o enfermedad: 39 Conducta previa en el propio consultorio: 11 Solicitado por el niño: 4 Conducta previa en otro consultorio:3 Solicitado por el padre:3
Tipos de restricción usados más frecuentemente en casos seleccionados	La asistente restringe al paciente: 83 Abrebocas: 58 Envolturas corporales: 37 Correas: 21 Otros: 19

(Fuente: Ripa, pág.84)

3.6. OTRAS TÉCNICAS

3.6.1. MUSICOTERAPIA

- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Dewhurst-Maddock citado por Da Silva, resalta que con frecuencia se le ha atribuido a la música poderes curativos y místicos. Sus efectos para combatir enfermedades es tan antigua como la misma humanidad. Cada cultura estableció la forma y el empleo de la música en el tratamiento de dolencias mentales, físicas y espirituales. Por ejemplo, en la helenística, los dolores de ciática y de gota eran aliviados con el toque de la flauta (43).

Benenson citado por Da Silva, asienta que en escritos históricos de varias civilizaciones antiguas se encuentran relatos del uso terapéutico de la música (los judíos y los árabes en sus manuscritos reportaban como los músicos intervenían para aliviar los dolores de los enfermos). De la misma manera, los griegos llegaron a emplearla de manera razonable, incrementando su aplicación para prevenir y curar enfermedades físicas y mentales. Apemesp citado por la misma autora, señala que Platón llegó a recomendar la audición musical como forma de equilibrar los humores del cuerpo (43).

Aristóteles hablaba del valor médico de la música en las emociones incontrolables y le daba un efecto beneficioso para la catarsis emocional, pues ella permite sedar y calmar al ser. Análogamente Tissot, un psiquiatra

vio en la música un efecto calmante y la consideraba una ventaja la terapia musical, porque sin causar molestia en el enfermo, le hacía olvidar la dolencia, así no conociera la causa de su mal (43).

Dalcroze, músico vienés y creador de la rítmica, abrió las puertas a la terapia musical al romper con el esquema rígido de la enseñanza de la música para pasar al contacto directo con el ser humano. En el año 1880 varios médicos dedicados a la filosofía estudiaron el efecto biológico de la música, observaron cambios sobre el pulso y la circulación (43).

En los Estados Unidos, Vascelius fue la pionera en la aplicación de la música en el campo de la Salud. Fundó en 1903 la National Society for Musical Therapeutics en Nueva York. Otro notable personaje fue Maud, enfermera norteamericana, quien utilizó la musicoterapia con enfermos físicos y mentales; con personas con retraso mental, con tuberculosis y con soldados con neurosis de la guerra (43).

Van de Wall , arpista profesional, en 1919 comenzó a emplear la música en el tratamiento y prevención de la enfermedad mental. En 1944, fue nombrada presidente del comité para el uso de la música en hospitales (43).

La musicoterapia se desarrolla como tal en los años 40, cuando en la segunda guerra mundial en los hospitales los veteranos contrataban músicos profesionales para ayudar con sus sonidos a los enfermos. Así comenzó el camino de la musicoterapia. Los resultados positivos atrajeron el interés de los médicos llegando a la comprensión de la necesidad de aplicar música para el restablecimiento de la salud y hacer del músico un terapeuta (43).

Durante los últimos años ha ido cobrando interés el uso de la denominada estimulación auditiva en la odontología con la finalidad de distraer y relajar al paciente durante el tratamiento odontológico (26)

En poco tiempo la práctica de esta disciplina y de los logros, surgió la necesidad del entrenamiento formal del musicoterapeuta. Fue cuando se creó el primer plan de estudio destinado a la formación de musicoterapeutas, en 1944, en la Universidad de Kansas. En 1946, se dictó el primer curso académico y luego en otras universidades se establecieron cursos a nivel superior (43).

En 1954, Gaston estableció los principios de musicoterapia, después de largos años de estudio y experiencias clínicas. Posteriormente, se crean en diferentes partes del mundo Asociaciones de Musicoterapia: Gran Bretaña, Francia, Alemania, Australia, Italia y España (43).

En la segunda mitad del siglo XX la terapia musical ha dado pasos inmensos como una disciplina rigurosa en el campo de la medicina recuperativa. A partir de 1964 se observan reportes de trabajos científicos sobre el efecto de la música específicamente en el Journal of Music Therapy (43).

En Latinoamérica, la musicoterapia tiene su aparición en las Primeras Jornadas Latinoamericanas de Musicoterapia, realizadas en Argentina en el año 1968. Posteriormente en el año 1969, se fundan las asociaciones de musicoterapia en los siguientes países: Brasil, Uruguay, Peru, México, Ecuador, Colombia Puerto Rico y Venezuela (43).

Consecuentemente, la musicoterapia, se ha popularizado tanto que su uso es tan amplio como variado (para tratar enfermedades de muy diverso orden, tales como: insomnio, fatiga, estrés, problemas digestivos, problemas hormonales, problemas de conducta (26).

Poch citado por Da Silva, resalta que la traducción correcta es "terapia a través de la música". Gaston la define: *"la música es la ciencia de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos de forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiendo de la relación de sus diversos factores componentes (ritmo, melodía,*

volumen y cualidad tonal). Terapia tiene que ver en como puede ser utilizada para provocar cambios en las personas que la escuchan o la ejecutan” (43).

Para la Asociación de Terapia Musical de los Estados Unidos, la musicoterapia es el uso de la música con la finalidad terapéutica: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Además señala que es la aplicación científica de la música para provocar cambios en el comportamiento dirigida por un terapeuta en un contexto terapéutico (43).

Benenzon citado por Da Silva, señala que la musicoterapia en el campo de la medicina tiene como objetivo contribuir al desarrollo del ser humano como una totalidad indivisible y única (43).

3.6.1.2. EFECTOS EN EL SER HUMANO

La musicoterapia actúa en diferentes ámbitos del ser humano. Sus efectos se pueden observar en lo biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social y espiritual. Entre los efectos fisiológicos la musicoterapia es capaz, de que un individuo cambien su presión sanguínea si escucha una pieza musical sedante o estimulante. Por otro lado, el pulso, el ritmo cardiaco, la respiración pueden variar dependiendo si ésta es estimulante, sedante, triste o alegre. Los movimientos peristálticos también se ven afectados. Trenti demostró que

el canto gregoriano, la música de Bach y la pre-romántica eran indicadas como terapias de gastritis, úlceras y dispepsias. La música estimulante (como por ejemplo una marcha militar) incrementa la actividad motora y por supuesto la música sedante tiene claros efectos relajantes (43).

Reese, afirmaba que la música marcadamente rítmica puede desencadenar un ataque en pacientes epilépticos y Diamond descubrió que el rock disminuía el ritmo de producción en las fabricas sonorizadas con este tipo de música mientras que con la melódica los obreros aceleraban la producción (43).

Lingerman citado por Da Silva, en relación a los efectos psicológicos señala que al actuar la música sobre el sistema nervioso central, provoca en el sujetos tanto efectos sedantes, estimulantes y enervantes. Otro aspecto es que puede despertar, evocar, provocar, fortalecer y desarrollar cualquier emoción o sentimiento humano (43).

Con la musicoterapia se puede estimular la actividad creadora. Es capaz de crear el clima favorable para la creación de cualquier obra. La imaginación se despierta llevando al sujeto a tener imágenes visuales, olfativas y hasta táctiles sugeridas por lo sonidos; para ello la música debe ser descriptiva porque representa los fenómenos de la naturaleza, así como los estados de ánimo de una persona o de una multitud (43).

Puede ser un agente socializador, debido a que un grupo de personas pueden unirse por medio del canto, el baile o simplemente escuchando música compartiendo los mismos sentimientos (43).

Muchas investigaciones han documentado que la música reduce la ansiedad en una gran variedad de pacientes que están recibiendo cuidados médicos tales como quimioterapia, niños hospitalizados y mujeres en labor de parto (26).

En Hungría, se ha utilizado para rehabilitar a los ancianos. De un número de 4025 participantes la música preferida fue la clásica, la barroca y la opera compuesta por Giacomo Puccini (26).

En pacientes norteamericanos, con alteraciones mentales tales como la demencia, la música psicoacústica es utilizada para reducir la ansiedad, el estrés y la depresión, mejorándoles su calidad de vida (26).

La música tiene efectos físicos al promover la relajación muscular, aliviar la ansiedad y la depresión alterando la percepción del dolor; puede por lo tanto desempeñar un papel muy importante que nos facilite nuestra labor con pacientes pediátricos que tengan fobia o miedos dentales (26).

Cherry (1948) citado por Quesada, utilizaba la música para relajar a los pacientes que iban a recibir óxido nítrico, los niños se sentían atraídos por la música y permitían que se les colocara fácilmente la mascarilla nasal. El tipo de música que encontró más efectiva fue la suave y calmada (44).

Ellis (1952) citado por Quesada, encontró que la frecuencia cardíaca aumenta cuando se escucha música; aunque esto es diferente en cada persona y depende del tipo de música que esta escuche. Así por ejemplo, con la música jazz se incrementan las funciones cardíacas al comparar con la música clásica (26), (44).

La utilización de la música como reductor de la ansiedad ante un procedimiento odontológico, se remonta a 1959 cuando Gardner y Lickder citados por Parkin (1981) y por Quesada (1988) reportaron que el 63% de sus pacientes experimentaron una completa analgesia durante la preparación de cavidades, raspados periodontales y exodoncias; sólo con la utilización de audífonos y música estereofónica donde el volumen era controlado por los propios pacientes (26), (44).

Los autores mencionados anteriormente opinan que la música permitió que se estableciera una interacción entre los efectos de la supresión del dolor y la tranquilidad a través de la relajación, reducción de la ansiedad y desvió de la atención (26), (44).

Kessler (1960) citado por Parkin y Quesada, concluyó que la distracción auditiva con sonidos musicales placenteros tales como el sonido de la lluvia grabado en un cassette ayuda a que el paciente se distraiga y pueda adaptarse a los procedimientos odontológicos, es decir, que la música produce una analgesia debido a que interfiere la transmisión de sensaciones de dolor al cerebro (26), (44).

Howitt (1967) citado por Quesada, puntualizó que la base de la audioanalgesia es la sugestión, y que por lo tanto, esta sugestión lograba que se aumentara la tolerancia al dolor mas que un aumento en el umbral de percepción del mismo (26), (44).

Long y Jonson (1978) citados por Parkin, postulan en base a sus resultados, que el dolor podría estar influenciado por actividades cognoscitivas tales como la ansiedad, atención y sugestión, por consiguiente al disminuir la ansiedad se reduciría el dolor (26).

Estos autores resaltan que la música requiere de unas características para lograr efectividad como lo son que sea instrumental pero suave, control del volumen por parte del paciente, que sean melodías desconocidas para evitar asociaciones y de secuencias cortas para evitar el aburrimiento (26).

Parkin (1981) sugirió que la música es un factor novedoso para el paciente, logrando disminuir la ansiedad de 25 niños con una edad promedio de 10 años 6 meses, a los cuales se les realizaron tratamientos odontológicos convencionales como las restauraciones (26).

La música que escucharon era de tipo orquestal lenta, por un periodo de 5 minutos antes de comenzar el tratamiento odontológico, a un volumen que no interfiriera la conversación entre el odontólogo y el paciente (26).

Dávila (1986) citado por Quesada (1988), señala que la música que mejor controla la ansiedad en una población con retraso mental es la instrumental al compararla con la vocal (26),(44).

Wein (1987) citado por Quesada, opina que para que la música tenga un efecto de relajación es necesario empezar con música a mayor volumen y muy ruidosa que esté equiparado con el estado de tensión del paciente para ir cambiando paulatinamente hacia una música más suave y calmada (26), (44).

Aungustin y Hains (1996), investigaron el efecto de la música en 42 pacientes que iban a ser sometidos a cirugías ambulatorias en un hospital, como un método para reducir la ansiedad. La música era seleccionada por cada paciente y entre las opciones presentadas tenían música clásica,

country, moderna y ambiental, ninguno de los cassettes tenían instrucciones verbales o ejercicios que indujeran la relajación y la escuchaban por un periodo de tiempo de 15 a 30 minutos antes de comenzar la cirugía (26).

El grupo control no escuchó música sino que sus familiares estaban con ellos en la habitación teniendo a su alcance revistas y la televisión, mientras esperaban las cirugías. A los grupos se les midieron sus signos vitales antes de comenzar la cirugía y los resultados fueron muy diferentes, en el primer grupo el ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria y la presión sanguínea diastólica eran menores que en el grupo control, por lo que escuchar música previo a una cirugía ambulatoria, puede ser una opción viable para reducir la ansiedad (26).

Quesada (1988) trató durante dos años a niños entre los 3 y 17 años con un radiocassette portátil y música tanto en las primeras consultas como durante el tratamiento. El tipo de música utilizada fue variado iba desde música moderna hasta música infantil, incluso cuentos musicalizados. La selección recaía en cada paciente y así como la plena libertad de modificar el volumen. Según el autor todas estas libertades tienen la finalidad de distraerlos y que no estén pendientes de los instrumentos y materiales odontológicos que pueden ser grotescos y desencadenen un estado de ansiedad (26),(44).

Al estar todo el tiempo de la consulta con los audífonos colocados escuchando su música preferida, el niño queda aislado del entorno acústicamente, de manera que no va escuchar el ruido exterior ni la manipulación del equipo odontológico, por lo que se podrá concentrar en su tranquilidad interior. El autor encontró una mayor facilidad para colocar la anestesia local debido a que están concentrados en seguir el ritmo de la música o cantando (26).

El tipo de música que le ofrezcamos a nuestros pacientes ansiosos o fóbicos es una de la primera variable a tomar en cuenta cuando se selecciona esta técnica para controlar una conducta no deseada, ya que existen tipos de música que desestabilizan el funcionamiento del ser humano y otros que ayudan a armonizar sus funciones (26).

Algunos autores recomiendan música instrumental barroca de compositores tales como: Bach, Vivaldi, Rameau, Teleman, Couperin, entre otros, ya que los compases de sus melodías son de 4/4 permitiendo que el cerebro pase de un nivel alfa alcanzando así un estado de equilibrio emocional en donde la capacidad intelectual aumenta y los niveles de estrés se reducen. Por otro lado otros autores son de la opinión que el paciente debe escoger la música que desee escuchar puesto que no existe un estándar de preferencias y el gusto musical puede variar de una persona a otra, incluso puede darse el caso de que a una persona no le agrade la

música clásica; la discusión acerca de cual es el tipo de música más adecuado para disminuir conductas de estrés no ha cesado, sino que está en plena investigación (26).

Según Acosta (1995), citado por Pimentel, el rock y el “heavy metal”, son ritmos considerados peligrosos ya que alteran el ritmo cerebral induciendo conductas aberrantes y manifestaciones somáticas como enfermedades y alteraciones graves de los ciclos circadianos y por otro lado la música producida por instrumentos como el chelo, el arpa, el piano, el violín se utilizan específicamente para tratar ciertas enfermedades con mucho éxito (26).

También existe la música de Nueva Era, movimiento que está rescatando el poder curativo de las ondas musicales, introduciendo entre otras la llamada Bio-música, una combinación perfecta de música de relajación balanceada en su ritmo y armonía con elementos sonoros de la naturaleza viva, sonidos ambientales como los producidos por las aves, el mar, el viento, el fuego, la lluvia, y por último contamos con la denominada música curativa, la cual es creada con objetivos terapéuticos precisos tales como la música hipnótica, desarrollada específicamente para inducir a la persona a una hipnosis progresiva (26).

La musicoterapia sin ser algo nuevo se nos presenta como una gran aliada en la odontología, demostrándose una vez mas las enormes posibilidades de la interacción entre los diferentes campos de la ciencia en beneficio del ser humano (26).

Por lo tanto, la música es una buena opción dentro de las tantas técnicas que existen para obtener una mejor colaboración de los niños en los tratamientos odontológicos; y los retrasos y las molestias que puedan generar la selección de la música y la colocación de audífonos, quedan compensados al lograr un paciente más tranquilo y relajado (26).

3.6.2. HIPNOSIS

El llanto histérico y el grito continuo en los niños que no cooperan antes, durante y después del tratamiento no solo es estresante para el personal odontológico, sino que molesta, inquieta y es desagradable para los otros pacientes y para las personas que están en la sala de espera (45).

El control de la conducta, es determinante cuando se quiere lograr el éxito en el momento de la aplicación de los procedimientos odontológicos. Se han diseñado muchas técnicas que ayudan a controlar el comportamiento de un paciente pediátrico, incluyendo en este métodos farmacológicos y no farmacológicos (45).

Entre los métodos no farmacológicos están incluidas todas las técnicas discutidas anteriormente y la hipnosis. Estas técnicas son efectivas cuando se quieren reducir la ansiedad y el dolor que esta asociado con la aplicación de los procedimientos odontológicos. Se ha percibido que tanto los métodos hipnóticos como los no-hipnóticos, reducen en forma significativa la percepción del dolor en los pacientes pediátricos durante el desarrollo de los procedimientos médicos. En un estudio se descubrió que el abordaje no hipnótico no aliviaba de forma significativa la ansiedad, la cual era reducida solamente a través de la aplicación de procedimientos hipnóticos. Al investigar esta situación en profundidad, en un estudio se citaron las características determinantes que existen entre los métodos hipnóticos y no hipnóticos, con una participación intensa de la imaginación que acontecía durante la hipnosis. Los niños tendían a participar mas en situaciones novedosas, imaginativas, enigmáticas y se olvidaban del dolor que podría producir el procedimiento médico. Esto nos permite conjeturar que la atención de los niños se puede mantener usando para ello, la imaginación y la fantasía. La hipnosis, altera el estado de conciencia haciendo más pequeño al campo de atención que pueda tener el paciente a una idea, haciendo que trabaje su imaginación en forma intensa (45).

Durante un evento estresante tal y como lo constituye la consulta odontológica que incluye la administración de la inyección de la anestesia local, los niños comienzan a comportarse de una forma que le permiten

enfrentarse a esta situación de una forma activa. En los niños que muestran abiertamente signos de estrés, el objetivo que traza el odontólogo es lograr cambiar esa conducta (a través de una retroalimentación), así como normalizar la respuesta emocional. Uno de los métodos aplicados para controlar la conducta del paciente y a la vez mitigar los efectos que pueda producir el estrés lo constituye el uso de la sugestión (46).

La sugestión es un proceso mediante el cual un individuo acepta la presentación de una idea, impulso o creencia sin tener una razón lógica para hacerlo. Una sugestión no tiene que ser verbal y puede ocurrir en diferentes niveles sensoriales (las sugerencias pueden ser olfativas, gustativas, táctiles y visuales). Constituye el componente más determinante en la hipnosis. En este estado mental, las sugerencias son aceptadas más fácilmente que en el estado totalmente consciente. Las sugerencias que se proponen en un estado hipnótico van a ser reforzadas si el paciente las puede ejecutar. Waxman citado por Peretz y Bimstein, recomienda que la hipnosis no se use en pacientes que no hayan alcanzado los 7 años de edad. Sin embargo, esta idea es arbitraria y la evaluación de adecuabilidad que pueda presentar un paciente como candidato potencial a ser hipnotizado debería estar basada en las siguientes variables: edad cronológica y mental. También debe tomarse en cuenta su inteligencia, estabilidad emocional y ambiente social (46).

La capacidad de responder ante sugerencias varía de un individuo a otro. Las mujeres, en todos los grupos clasificados por edad parecían responder mejor a la sugestión. Los niños tendían a responder mejor que los adultos. Más aún, se estableció la sensibilidad ante las sugerencias y se determinó que entre las edades de 5 y 6 años aumentaba hasta la edad de 12 y 14 años, y gradualmente disminuye a medida que pasa el tiempo. También se observó que los niños de padres estrictos son más susceptibles a la sugestión que los niños de padres que eran más flexibles. Los esfuerzos que se hacen para aplicar el proceso a los niños suele presentar la posibilidad de capitalizar la fecundidad de la imaginación que pueda tener un niño. Se cuenta con poca información sobre la técnica de sugestión aplicada a niños (46).

Según Lu, la hipnosis es como un trance que está caracterizado por una condición muy relajada, soñolienta y letárgica. También, está caracterizada por actitudes positivas, mucha motivación y optimismo acerca de la situación y deseos de seguir las sugerencias por parte del paciente que va a ser hipnotizado. Aunque desde hace muchos años se han usado los fármacos sedantes, con seguridad y eficacia bien establecida cuando se aplica a situaciones odontológicas, la hipnosis tiene la ventaja de no suprimir los signos vitales del paciente. Los resultados a obtener no se pueden predecir y no todos los pacientes pueden ser hipnotizados (47).

Siegel y Peterson citados por Gokli y col., descubrieron que aquellos niños que se encontraban en edad pre-escolar y a quienes se le enseñaban técnicas que los ayudaban a enfrentar situaciones difíciles tal y como es la relajación muscular, la presentación de imágenes placenteras y el auto diálogo tranquilizante, todas similares a la hipnosis, mostraban mucho menos aflicción y dolor en el consultorio odontológico en comparación con el grupo no entrenado que se uso como control. En otro estudio, los niños que recibían entrenamiento en relajación muscular y auto-conversación positiva (por ejemplo: pensamientos tranquilizantes, elogios positivos, auto-refuerzo), mostraban menos tipos de conductas que estuviesen relacionadas con el estrés durante los procedimientos odontológicos en comparación con el grupo que se uso como control que no fue entrenado en este aspecto (45).

El objetivo del estudio realizado por Gokli y col., fue confirmar el nivel de aceptabilidad ante la inyección de la anestesia local, usando la hipnosis en niños. En este estudio participaron 29 niños (11 niños y 18 niñas) quienes estaban entre 4 y 13 años de edad. Ninguno de los niños había vivido una experiencia odontológica, todos tenían en sus historias según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA I) y todos hablaban inglés como su idioma natal. Todos necesitaban, por lo menos, dos consultas en la que se les practicaría restauraciones. Se logró un consentimiento por escrito después habersele brindado una corta explicación a los representantes y sobre el procedimiento hipnótico. A los padres y a los niños se les informó

que podían dar por concluida, si así lo deseaban, su participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto afectara el desarrollo del tratamiento al que era sometido el niño en la clínica (45).

A los pacientes se les tomaba una película de video durante el proceso mediante el cual se le administraba anestesia local. Cada paciente fué evaluado dos veces, una vez usando hipnosis antes de la inyección y la otra sin usar esta técnica. El mismo profesional administró la anestesia local a todos los pacientes, siempre en el mismo cuarto tranquilo. Este mismo odontólogo, el cual estaba certificado por la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, también llevo a cabo la sugestión hipnótica en la consulta (45).

En el momento en que fueron presentados en la clínica, cada paciente que participó en el estudio fue sentado en la silla odontológica en una posición semisupina. Lanzaron una moneda para decidir aleatoriamente si se usaba hipnosis o no en esa consulta. En la segunda consulta se incluyó hipnosis, si esta no había sido usada en la primera consulta. Cada paciente fue supervisado con un oxímetro de pulso transcutáneo y las lecturas fueron efectuadas antes de aplicar las sugestiones hipnóticas o cualquier otro procedimiento, y en el momento en que se penetró el tejido bajo en efecto de la anestesia local. A todos los pacientes se les solicitó que cerraran los ojos antes de administrarle la anestesia local (45).

Se tomaron videos a medida que cada paciente recibía anestesia tópica durante dos minutos en el lugar que se administraba la inyección. Después de haber aplicado anestesia tópica, el paciente recibía 1,8cc de Xylocaína al 2% (boqueo alveolar inferior o infiltración maxilar) a través de una aguja desechable. Después de haber completado la inyección, la silla odontológica fue elevada hasta la posición recta y se detuvo la inyección del video. Los videos mostraban solamente el procedimiento anestésico y no incluía explicaciones si el paciente había sido sometido o no a hipnosis. Según la situación al paciente se sacaba de su estado hipnótico antes de iniciar cualquier procedimiento restaurador o quirúrgico (45).

El procedimiento hipnótico fue logrado en el consultorio indicándole al paciente que respirara profundamente por la nariz, que se relajará y que se concentrara en sus imágenes y sensaciones favoritas. Las historias o aventuras fueron adaptadas a cada niño y eran usadas usando sugerencias reforzadoras del ego, directas o indirectas con el fin de crear situaciones didácticas y agradables (45).

Los videos fueron analizados por dos odontólogos pediátricos que no sabían que los pacientes habían sido hipnotizados. Evaluaron la conducta de los pacientes usando la Escala Evaluadora de Carolina de Norte y se observó la ocurrencia de muchos movimientos de manos y pies, lloros o protestas verbales y/o rechazo físico. Así como también, se obtuvo

información de los oxímetros transcutáneos de pulso los cuales fueron analizados estadísticamente (45).

Los niveles de pulso y oxígeno, fueron analizados usando MANOVA (el análisis multi-variado de variabilidad. Las observaciones que se aplicaban a cada paciente fueron contrastadas la condición hipnótica versus la condición no hipnótica. Las variables dependientes fueron el cambio en la respuesta variable desde la línea base hasta local. Se llevó a cabo usando MANOVA la prueba para establecer diferencias significantes entre los dos cambios y cualquier relación con el género, edad y raza. En cada sesión evaluadora, se codificaron los cuatros tipos de respuestas (movimientos de la mano, movimientos de las piernas, llanto o protesta verbal y/o rechazo físico), si cualquier evaluador indicaba que la conducta estaba presente (45).

En los resultados obtenidos por estos investigadores de los 29 participantes pertenecían predominantemente a la raza blanca, fueron incluídos 18 niñas y 11 niños (5 negros y 24 Blancos). Las edades iban desde los 4,5 hasta los 13,5 años. El número de pacientes que fue sometido a hipnosis en la primera consulta fue 14, mientras que 15 fueron sometidos a hipnosis en la segunda consulta (45).

Se utilizaron tres variables dependientes: el cambio de nivel de oxígeno, del pulso y la evaluación de la conducta. El cambio fue medido desde la línea

base hasta el momento en que se aplicó la inyección local. El MANOVA aplicado a medir el nivel de saturación de oxígeno no mostraba diferencias que pudieran ser atribuibles a la condición hipnótica, orden del tratamiento, edad, sexo o raza. Se observó una diferencia significativa en el pulso que fue atribuida a la condición hipnótica y a la edad, pero no al sexo y la raza, ni como tampoco al orden del tratamiento. Se pudo apreciar que después de la hipnosis, el pulso bajo aproximadamente 4bpm, mientras que sin hipnosis el pulso aumentaba en más de 10bpm (45).

El efecto que surte la hipnosis es mas pronunciado en los niños de menor edad, los que están entre los 4 y los 6 años de edad. El niño de 7 años esta en el tope (45).

Se combinaron las dos evaluaciones del comportamiento de los observadores y se llevó a cabo una sola evaluación para efectuar el análisis de la conducta bajo las condiciones hipnóticas. El porcentaje de coincidencia entre los dos evaluadores fue alto (llanto 93%, movimientos de manos 96,5%, rechazo físico 89,7%, movimientos de piernas 98,3%). Se utilizó la prueba de McNemar para poner a prueba si la proporción positiva bajo las condiciones era la misma. En cada una de las 4 categorías evaluadoras de la tendencia iba hacia la conducta menos negativa (menos llanto) cuando el paciente había estado hipnotizado en comparación con la condición no-hipnótica. Solamente el llanto resultó ser significativamente diferente. De los

29 pacientes, ocho pacientes lloraron cuando no estaban hipnotizados pero no lloraron cuando estaban hipnotizados. Solo uno de los 29 pacientes lloró después de hipnotizado y no lloró después de la condición no-hipnótica. El 41,4 % de llanto sin hipnosis y el 17,2% de llanto después de la hipnosis es significativamente diferente (45).

El nivel de oxígeno se mantuvo inalterable en los dos grupos experimentales. Era lógico que esto sucediera debido a que ninguno de los procedimientos usados afectaba las vías respiratorias o el esfuerzo que pudiera hacer el paciente y no se introdujo una provisión complementaria de oxígeno (45).

Se observaron diferencias estadísticamente significantes en el pulso, que fueron atribuidas a la condición hipnótica. La tasa que mostraba el pulso cardíaco disminuyó en el momento que se administró la inyección en los pacientes hipnotizados (en 4bpm) mientras que aumentó en los pacientes que no habían sido hipnotizados (10bpm). Esto es atribuible al estado relajado que caracteriza al paciente que ha sido hipnotizado, debido a que se puede concentrar mejor en su actividad, inclusive en el momento de la inyección que lo está estimulando físicamente. Los pacientes que no fueron hipnotizados, cuya atención no fue exitosamente dirigida reaccionaron como era de esperarse cuando sintieron la molestia que produjo la inyección (45).

El efecto que produjo la hipnosis sobre los factores examinados resultó ser más pronunciada en los niños de más corta edad. Esto coincide con los hallazgos logrados en otros estudios conducidos sobre hipnosis en los cuales se observa que los niños de más corta edad son más sensibles ante la sugestión hipnótica. Se supone que es debido a la curiosidad que tienen los niños de esta edad y una participación más intensa de la imaginación cuando están bajo hipnosis (45).

Las evaluaciones de la conducta realizadas mostraron diferencias significativas estadísticamente entre los que habían sido hipnotizados y los que no. Los pacientes que fueron sometidos a hipnosis mostraban menos conductas no-deseables (llanto, movimientos de mano, movimientos de piernas, rechazo físico) en comparación con aquellos que no habían sido hipnotizados. La única conducta que resulto ser estadísticamente significativa fue la disminución del llanto en los pacientes pediátricos que habían sido hipnotizados. El nivel de confiabilidad entre los evaluadores fue alto, por lo tanto, esta diferencia no es atribuible a discrepancias entre los evaluadores (45).

En síntesis, la hipnosis tiene un efecto positivo sobre los pacientes cuando se les coloca la inyección para la anestesia local. Pero, la hipnosis requiere ciertamente, de ajustes en la rutina que se sigue en el consultorio, sin control del tiempo. Se necesita de un ambiente tranquilo para cautivar efectivamente

y mantener la atención que pueda prestar el niño. En los consultorios que tienen un gran flujo de pacientes, esto se hace difícil. El tiempo que se requiere para que el paciente entre en el estado hipnótico debe ser tomado en cuenta, y aunque sea relativamente corto, representa un tiempo adicional que se le debe dedicar al paciente (45).

Peretz y Bimstein, realizaron un estudio donde demostraron que la mayoría de los niños podían lograr imágenes o aceptar sugerencias en el momento en que eran inyectados en la consulta odontológica. Fueron supervisados 80 niños, quienes tenían una edad promedio entre los $6,2 \pm 2,9$ años. Estos niños requerían de un tratamiento odontológico rutinario y de por lo menos la aplicación de anestesia local. Cada niño fue tratado por uno de los dos odontólogos pediatras. Antes del tratamiento odontológico, se recopiló la siguiente información: 1.- la evaluación de los progenitores sobre la conducta general del niño (relajado, tenso, sumamente tenso), 2.- la conducta del niño durante el desarrollo del tratamiento odontológico (de cooperación, no cooperación pero se logro aplicar el tratamiento, de no cooperación y no se pudo aplicar el tratamiento), 3.- la forma de controlar la conducta previo al tratamiento odontológico (conductual- no farmacológica, uso del oxido-nitroso, pre-medicación oral o anestesia general), y por últimos las experiencias médicas y odontológicas traumáticas (46).

Ambos examinadores fueron entrenados y tenían una licencia médica en hipnosis y usaban técnicas de control conductual similares. Esto los llevo a ofrecer sugerencias en forma rutinaria y deliberada a los niños y evaluar su conducta y el idioma corporal. A los niños de más corta edad se les dijo que su diente “lo iban a dormir” y a los niños más grandes que el diente sería “anestesiado”. Antes de administrar la anestesia local, a cada niño se les pidió que seleccionaran una imagen favorita y agradable y que debían visualizarla. Aquellos niños que no podían pensar en una imagen agradable se les pidió que pensarán en sus juguetes favoritos, mascotas y lugares en donde les gustaría estar. A medida que se les aplicaba la inyección lentamente, los terapeutas hacían comentarios que tenían como objetivo reforzar la imagen agradable que habían decidido usar tanto en el paciente como el odontólogo (46).

La evaluación que dieron los padres acerca de la conducta de sus hijos fue la siguiente: 37,5% indicaron que sus hijos estaban relajados, 25% impacientes, 37,5% tensos. La mayoría de los niños (el 68%) había vivido experiencias odontológicas entre las que estaban incluidos los exámenes, así como también los procedimientos quirúrgicos. El 65% de los niños habían recibido tratamiento mediante un abordaje conductual no farmacológico. Un 33% había sido tratado bajo el efecto de oxido nitroso y/o sedación oral. Solamente un niño había sido tratado bajo los efectos de la anestesia general. Un tercio de los progenitores reportaron que sus hijos habían sido

sometidos a un tratamiento odontológico previo y el miedo que exhibieron no había permitido que se les aplicara el tratamiento (46).

En este estudio, el 25% de los niños no habían cooperado debidamente en su consulta, sin embargo, el exámen pudo ser completado. El mismo porcentaje de cooperación persistió durante la toma de radiografías. Para la inyección y el tratamiento sucesivo se utilizaron los siguientes abordajes: en el 44% de los casos se uso un abordaje no farmacológico en el manejo conductual, en el 47% de los casos se uso el óxido nitroso y el resto de los niños fue tratado con una combinación de sedación oral y óxido nitroso (46)

En relación a la selección de imágenes que llevó a efecto el paciente, las imágenes fueron divididas en seis categorías. Siete niños decidieron pensar o visualizar “nada”, entre los niños las imágenes que estaban asociadas a juegos con mascotas fueron las más comunes. Las niñas tendían a seleccionar imágenes que estaban relacionadas con la naturaleza (46).

La mayoría de los niños (64%) mantuvieron sus ojos en una posición fija mientras eran inyectados, el 13% los cerró y el 24% estaban mirando alrededor. En relación a la expresión facial: el 53% de los niños mostraron placer, el 31% fue indiferente y el 16% expreso disgusto. El 81% de los niños estuvo relajado. No hubo diferencias en el género en lo que se refiere a la condición de los ojos, expresión facial y tono corporal (46).

El genero, la edad, la evaluación de los progenitores sobre la conducta del niño, la conducta pasada y presente en la consulta odontológica desarrollada por el paciente no se consideraron factores importantes que pudieran influir en la decisión que toma el niño a visualizar una imagen determinada (46).

Otros investigadores han reportado que el poder de la sugestión depende de la edad del paciente. Dicha técnica ha sido diseñada para usarla en niños de 7 años de edad ó más. Por el contrario, Neiburger estableció que el método para introducir sugestiones a niños de tres o cuatro años no eran diferentes. Esto autores llegaron a la conclusión de que el problema se presentaba al usar la visualización cuando se tratan niños tiene que ver con la comunicación y la seguridad (46).

Los niños que participaron en este estudio demostraron una gran habilidad para responder ante las sugestiones de imágenes agradables y que esta habilidad persistía independientemente de las diferencias que pudiesen existir entre los factores sociales y demográficos. El uso de la sugestión es, en realidad, un abordaje informal a la inducción que se puede lograr a través de la hipnosis. La pretensión de un niño para fantasear, puede constituir una herramienta para hacerlo sentir relajado. Una vez que el niño comienza ha fantasear, y la imagen es mantenida y reforzada, todo el proceso tiende a constituir un trance leve. La aceptación de este proceso es una estrategia que ayuda a confrontar la situación, permitiéndole al niño superar la ansiedad

y el estrés que es producido por la situación odontológica. Un buen rapport entre el niño y el odontólogo es algo esencial en este proceso. El odontólogo se debe ganar la atención y confianza del niño, y este debe tomar en cuenta el estado de animo y la expresión facial del paciente niño (46).

Con este estudio se demuestra lo que se puede lograr a través de la sugestión y como se puede modificar, favorablemente, las reacciones de los niños en el momento en que se les administra una inyección en el consultorio. Aunque muchos odontólogos infantiles usan sugerencias en forma intuitiva, los hallazgos logrados en esta investigación nos anima a utilizar en forma considerada y rutinaria esta técnica (46).

Shaw y Welbury, afirman que se ha demostrado que la hipnosis es efectiva cuando se quiere reducir la ansiedad en niños que son sometidos a un tratamiento odontológico. Los reportes preliminares nos indican que puede haber un efecto beneficioso cuando se usa la hipnosis, conjuntamente con la inhalación de sedantes (48).

La hipnosis combinada con barbitúricos induce un estado de hipnosis con drogas denominado narcosíntesis. Los barbitúricos que actúan a largo plazo requieren de un tiempo determinado para que el paciente sienta que ha pasado el efecto. Se ha reportado que el diazepam en 2 ó 5mg tomado en día anterior y una media tableta antes del tratamiento odontológico facilita la

aplicación de la hipnosis en pacientes adultos con miedos dentales y que se encuentran agitados. Aunque esta combinación de hipnosis da buenos resultados, el paciente tiende a recuperarse lentamente (48).

Por lo tanto, la hipnosis combinada con sedación farmacológica no se ha popularizado debido a que los médicos y los odontólogos, en muy pocas oportunidades, son entrenados en estas áreas. La hipnosis ayuda a preparar al paciente para la intervención quirúrgica suavizando los temores que genera la anestesia. Esta técnica según la cual se usa la hipnosis para lograr la inducción a la anestesia es muy práctica, pero no es objetivo de nuestro trabajo (48).

3.6.3. EFECTO QUE EJERCE LA REALIDAD VIRTUAL EN ODONTOLOGÍA

En 1955, los investigadores determinaron que un sistema audiovisual que use la realidad virtual eficientemente, iba a relajar a los pacientes adultos durante el tratamiento odontológico. Algunos pacientes mostraron efectos notables, otros se afectaron en menor grado. Se utilizó el pulso para medir el grado de relajación que describía un paciente y se usó un cuestionario para medir su ansiedad. Un estudio que fue conducido en 1988 demostró que la realidad virtual, notablemente, reduce las respuestas que puedan dar los pacientes ante el dolor y lo desagradable (49).

Recientemente, la televisión y los videos han comenzado a usarse en forma exitosa con el fin de distraer a los niños que son sometidos a un tratamiento odontológico. La ansiedad o el temor influye sobre la conducta del niño debido a que va a determinar el éxito de la consulta. Un niño ansioso que anticipa una consulta desagradable es muy probable que viva esa experiencia en comparación con un niño que no siente tanto temor. La conducta de los pacientes pediátricos puede ser usualmente controlada mediante el manejo no aversivo, tal y como lo constituye la técnica Decir-Mostrar-Hacer, el refuerzo positivo, control de la voz, la comunicación no verbal y la distracción (49).

No hemos encontrado estudios acerca del efecto que pueda ejercer la realidad virtual sobre la conducta de un niño que es sometido a una consulta odontológica. La realidad virtual conforma un puente entre las computadoras y los seres humanos que puede ayudar al niño a aceptar la asistencia odontológica. Un niño que vea la realidad virtual en el consultorio, puede que se sienta distraído y se olvide de la cavidad oral completamente (49).

Un trabajo realizado por Sullivan y col., estudiaron una población de 30 niños saludables quienes estaban entre los 5 y 7 años de edad. Estos niños fueron seleccionados sin tomar en cuenta su género y situación económica. Los niños hablaban inglés como idioma natal, no habían sido sometidos a un tratamiento odontológico previo y necesitaban de tratamiento restaurador que

requería de anestesia local. Los niños que eran menores de 5 años de edad son demasiado inmaduros para ser evaluados y fueron excluidos. Los progenitores se les informó acerca de todos los detalles concernientes al tratamiento odontológico y se les pidió un consentimiento por escrito alegando que el niño podía participar en el estudio. (49).

A los niños se les realizó una consulta inicial de exámen clínico bucal con el mismo odontólogo y la segunda consulta era de tratamiento restaurador. El asistente dental saludo al niño y lo llevó al consultorio. Al progenitor se le indicó que permaneciera en la sala de espera mientras duraba el tratamiento (49).

Los niños fueron tratados con la realidad virtual en una de las dos consultas; 15 niños observaron la realidad durante la primera consulta y los otros 15 niños vieron la realidad virtual en la segunda consulta (49).

En la consulta de restauración, el asistente dental sentó al niño en la silla odontológica y le suministro una hoja de papel y un lápiz, se le solicitó que dibujara a una persona completa. El niño podía dibujar un hombre o una mujer. Al paciente se le dio una cantidad limitada de tiempo para dibujar la figura. Después de haber completado el dibujo el odontólogo colocó un oxímetro de pulso en el dedo índice del niño. El niño fué anestesiado localmente; los primeros cinco minutos del procedimiento que incluyeron la

inyección fueron grabados en video en cada consulta. Después de haber administrado la anestesia el niño realizó un segundo dibujo en otra hoja de papel siguiendo las mismas instrucciones. El procedimiento de restauración fue completado y el niño fue dado de alta. La segunda consulta se desarrolló como la primera, después de que el niño dibujara la primera figura se le colocaron los lentes tridimensionales con los que podía observar la realidad virtual. El niño vió la película durante 5 minutos mientras se les administraba simultáneamente la anestesia local. Se le retiraron los lentes al niño después de los 5 minutos y se le pidió que dibujara la cuarta figura (49).

Los videos que describían las conductas de cada niño durante la colocación de la inyección fueron evaluados en forma independiente por dos evaluadores, según la escala evaluadora de Frankl. También, estos dos examinadores evaluaron los dibujos que describían la figura humana según la escala evaluadora de Koppitz. Los investigadores han utilizado trabajos artísticos para evaluar los temores que sienten los niños como también sus estados emocionales y psicológicos. Koppitz en 1968, aplicó la prueba a través de dibujo de la figura humana que permitía explorar las actitudes que tenían los niños hacia el estrés y las tensiones de la vida manifestados en su forma de confrontarlos. Koppitz detectó 30 signos en el dibujo de la figura o indicadores emocionales (ausencia de manos, figuras pequeñas, presencia de dientes, etc.) que pueden medir el nivel de ansiedad del niño. Los indicadores emocionales nos hablan acerca de las actitudes, preocupaciones

del niño, su conducta y síntomas detectables que nos revelan ansiedades presentes. Se ha demostrado que esta escala constituye un instrumento de medición que es confiable. Los dos examinadores evaluaron de forma independiente el nivel de ansiedad, en base a factores ansiogénicos específicos que fueron encontrados en los dibujos que hicieron los niños (49).

En este estudio se utilizó el análisis de varianza de dos direcciones para determinar si había diferencias significantes en lo que se refiere a la presentación del tratamiento (las imágenes observadas que contenían la realidad virtual en la primera o en la segunda consulta); no se observaron diferencias significantes con respecto a la ansiedad o con la conducta (49).

La información que se obtuvo de las dos consultas por lo tanto se combinaron. En relación a las condiciones de tratamiento (fuese observada o no la realidad virtual) las diferencias en conducta y ansiedad cuando los pacientes usaban lentes o no los usaban, las condiciones de tratamiento carecieron de significancia (49).

Un exámen de varianza en tres direcciones se usó para determinar diferencias en el pulso en base al tipo de tratamiento usado, a las condiciones de tratamiento y al tiempo que duró la consulta. No se observó un efecto significativo que estuviese asociado al tipo de tratamiento y por eso,

la información que se obtuvo en las sesiones de tratamiento fueron registradas juntas. El pulso de los pacientes que vieron la realidad virtual resultó ser mucho más bajo que el pulso de los pacientes que no vieron la realidad virtual. Hubo una diferencia significativa entre las veces que el pulso fue medido durante el tratamiento. Los pulsos que presentó el paciente en el momento que se tomó la inyección y un minuto después de la inyección resultaron ser significativamente diferentes del pulso tomado tres minutos antes de la inyección cuando se trabajó con información combinada que correspondía a las oportunidades en que los pacientes usaron lentes o cuando no lo usaron (49).

Usaron luego el análisis de varianza en una dirección para comparar las evaluaciones que indicaba el oxímetro de pulso para los intervalos de 5 y 1 minuto con el fin de determinar si ocurrió un cambio significativo en el pulso a medida que transcurría el tiempo en las sesiones, tomadas de forma separadas, en las que se usó realidad virtual y en las que no se usó. Con respecto al tratamiento que fue completado sin lentes, el pulso se vió elevado en forma significativa durante la inyección versus las tres medidas tomadas en la fase de pre-inyección. En el tratamiento en el que se usaron lentes, el pulso resulto ser significativamente diferente durante la inyección si tomamos en cuenta las tres medidas que corresponden al momento antes de la inyección (49).

Los efectos positivos que surte la realidad virtual que fueron observados por Satoh y Bensten cuando trató a pacientes adultos no se hicieron presentes en este tipo de población conformada por niños. Una de las limitaciones que existió en este estudio lo constituyó la interpretación subjetiva de los dibujos que habían trazado los niños por parte de dos examinadores. Se observó la presencia de un riesgo de predecir por encima o por debajo de las capacidades que podría tener un niño dependiendo de las experiencias culturales y de las habilidades del niño (49).

Las diferencias significativas observadas en el uso de la realidad virtual como lo indican las medidas de ansiedad y conducta ameritan que se realicen más trabajos de investigación cuyos hallazgos puedan usarse como herramienta de manejo conductual. Aunque la conducta de los pacientes mejoró cuando se usó la realidad virtual, la diferencia no fue significativa. Puede que tenga utilidad clínica cuando se quiere confrontar la ansiedad en los niños en la consulta odontológica, especialmente cuando se requiere de anestesia local (49).

Podemos concluir, que con este estudio la realidad virtual no ejerció un efecto significativo sobre la conducta y/o ansiedad en el niño. Durante la administración de la anestesia local, la elevación del pulso como consecuencia del efecto que pudo haber ocurrido sobre el grupo que recibió

la realidad virtual resultó ser significativa menor que el grupo que no usó la realidad virtual (49).

3.7 ACTITUDES DE LOS PROGENITORES HACIA LAS TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONDUCTA.

El nivel de aceptabilidad con el que cuentan estas técnicas de manejo de la conducta infantil se ha convertido en un serio problema para muchos odontólogos. Aunque las técnicas de control conductual, tal y como, el control de la voz, el modelamiento, el reforzamiento positivo, la técnica Decir-Mostrar-Hacer, mano sobre la boca y la restricción física constituyen algunas de las técnicas comúnmente usadas y validadas por muchos odontólogos infantiles; éstos a su vez piensan en los aspectos legales y éticos en relación a estas técnicas. Este nivel depende, entre otras cosas, de las necesidades que tenga el niño en el momento del tratamiento, el tipo y urgencia del tratamiento a recibir, el cual influye tanto en la selección de una técnica específica como el nivel de aceptación que tengan los padres ante la utilización de esta técnica. Las técnicas del manejo de la conducta no gozan del mismo nivel de aceptabilidad por parte de los representantes (50),(51).

Aunque los odontólogos siguen usando estas mismas técnicas de manejo, las actitudes que tiene la sociedad han cambiado los últimos años hacia una

participación mayor del representante en las experiencias odontológicas del niño (51).

Si se le da importancia a los derechos de los niños y a una demanda cada vez mayor, para la elaboración de un consentimiento escrito firmado por los padres, los odontólogos ya no pueden suponer que los representantes han aprobado la aplicación de cualquier técnica manipuladora de la conducta de su representado. Estudios realizados anteriormente donde se observaban videos que contenían episodios que mostraban la forma como se aplicaban estas técnicas conductuales nos revelan que las técnicas farmacológicas, la restricción física, mano sobre la boca, eran consideradas como no aceptables para la mayoría de los representantes, mientras que el control de la voz, el reforzamiento positivo, la técnica Decir-Mostrar-Hacer eran aceptadas por la gran mayoría (51).

Estudios más recientes destacan la importancia que tiene informar al representante en detalle acerca de las técnicas de manejo y nos revelan que los representantes informados estaban aceptando las técnicas de manejo conductual en mayor grado en comparación con los padres que no estaban informados. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre el nivel de aceptación de las técnicas de manejo conductual cuando los padres veían los videos que mostraban como se aplicaban las técnicas de manejo tanto en grupo como individualmente. Además de esto, los representantes que

provenían de estratos sociales bajos, se observaba que cada vez aceptan menos la técnica de anestesia general (51).

La mayoría de los estudios sobre opiniones que tienen los padres en relación a las técnicas de manejo conductual usadas en odontología pediátrica fueron conducidos haciendo que los representantes observaran los videos que contenían escenas en las que se demostraban las formas de aplicar las diferentes técnicas. Peretz y Zadik, realizaron un estudio para evaluar las actitudes que tienen los representantes hacia algunas técnicas de manejo conductual que se emplean hoy en día en los niños durante el tratamiento odontológico en el ambiente de una escuela odontológica en Jerusalén, Israel (51).

En este estudio participaron 104 padres que acompañaron a sus hijos al Departamento de Pediatría Infantil en la Universidad de Hadassah, Medicina Odontológica. Los representantes suelen ser referidos a este Departamento por odontólogos que no pudieron tratar a sus hijos o simplemente que no quisieron atenderlos. Otra de las razones porque los padres acudan a esta clínica es su fama en resolver las situaciones que se presentan en referencia a la conducta de su representado en la consulta (51).

Cada uno de los niños fue sometido por los menos a una sesión en las que se incluían procedimientos restauradores después del exámen inicial. Todos los abordajes conductuales posibles destinados a controlar el comportamiento de los niños fueron explicados verbalmente a los padres con detalles. Después de esto los representantes hacían acto de presencia en el consultorio odontológico durante el tratamiento. Al final de la segunda consulta, a los padres se les solicitó que llenaran un cuestionario en el que se le pedía información demográfica, conductual de los padres y representados. Además de esto, el cuestionario contenía preguntas acerca de las actitudes de los padres hacia las técnicas de control basadas en las explicaciones que les habían brindado los odontólogos previamente y hacia la técnica utilizada en el tratamiento específicamente. También se les pidió que establecieran cual era su técnica preferida a usar cuando sus niños no cooperaban con el odontólogo (51).

Todos los tratamientos odontológicos fueron realizados por estudiantes de Post-grado bajo la supervisión de miembros de la Facultad. Al final de cada sesión, los niños fueron rodeados por el equipo odontológico y se les reforzó positivamente.

La mayoría de los representantes que participaron en el estudio prefirieron la relajación junto con las explicaciones como el abordaje más adecuado y deseado para ser utilizado en el tratamiento odontológico aplicado a sus

hijos. Seguido de las explicaciones simplemente y luego la sedación si el niño insistía en no cooperar. Solamente un 4% prefirió que el odontólogo tomara la decisión sobre el abordaje a utilizar (51).

Los padres describieron a sus hijos como impacientes (69%) y con tendencia a estresarse (56%). Estos reportaron que reaccionaban firmemente cuando su hijo no se comportaba debidamente en la casa (51).

Las actitudes de los padres hacia las técnicas aplicadas fueron: más de la mitad de los padres aceptaron completamente el control de la voz, 23 padres aceptaron la restricción física, 32 padres favorecieron el Papoose Board® y 32 padres aprobaron la sedación. Con respecto a la restricción física se observó una diferencia significativa en lo que se refiere a la conducta del niño durante el tratamiento. Entre los padres que estaban a favor de la restricción, el 61% de sus niños no cooperaban. El mismo patrón se observó con la sedación, en donde la mayoría de los padres de niños no cooperadores aprobaban la sedación. Los padres de todos los niños que cooperaban totalmente rechazaban notablemente la restricción. Un 68% de los padres de los niños no cooperadores aprobaban la sedación. Con relación a la tabla Papoose, entre los representantes que se oponían completamente, 71% eran madres. Estos hallazgos son diferentes a los hallazgos obtenidos en estudios anteriores, el “Papoose Board” fue colocada como la técnica menos aceptada, por debajo de la anestesia general. Es interesante observar que la

carencia de conocimientos sólidos y definitivos sobre el “Papoose Board” en la comunidad, queda demostrada al considerarse esta técnica como no aceptable en este estudio (51).

La mayoría de los niños cooperaron durante el tratamiento odontológico (52%). El 64% de los niños no requirió sedación. La restricción manual fue utilizada solamente en 18 niños (51).

El patrón de respuestas que dieron los padres puede representar un nivel alto de tolerancia, y en relación al control firme sobre el comportamiento de los niños que conformaron la muestra, antes de ser sometidos a tratamiento odontológico y por otra un ambiente en el que el tratamiento y el abordaje conductual adoptado por el profesional sea visto como la mejor solución ante los problemas de comportamiento de los niños (51).

Las explicaciones detalladas acerca de las técnicas de manejo conductual (posibles y aplicables) antes de realizar el tratamiento odontológico, a su vez quedarse con los niños durante el tratamiento, presenciar los problemas conductuales que tiene que enfrentar el odontólogo, pudo contribuir a que los padres reconocieran la necesidad de su utilización. Por el contrario, según Peretz y ZadiK, cuando estas técnicas son vistas en video cintas pueden ser percibidas de manera diferente, posiblemente de una forma negativa; no

permiten los representantes concienticen la importancia de estas técnicas (51).

La actitud cálida y entusiasta del equipo odontológico después de cada sesión que conformó el tratamiento, el reforzamiento positivo, los premios que se les dieron a los pacientes sirvió para afirmar la idea que establece que las técnicas de control benefician al niño. Esto elevó el nivel de aceptación de las técnicas más aversivas durante el tratamiento (51).

Scott y Garcia-Godoy, realizaron un estudio cuyo objetivo fue el de establecer cuales eran las actitudes que tenían los representantes latinos hacia la aplicación de estas técnicas que sirven para controlar la conducta. 32 representantes de pacientes pediátricos fueron seleccionados al azar del Departamento de Odontología Pediátrica en el Centro de Salud y Ciencia de la Universidad de Texas, San Antonio, EEUU (52).

Una descripción estandarizada se le fue leída a los representantes por un profesional con el fin de explicar el objetivo del estudio. De cada uno de los representantes se obtuvo un consentimiento por escrito antes de comenzar el estudio. Además se consiguió información acerca de los padres a través de un cuestionario. La información incluía: edad, genero, estado civil, nivel completo de preparación académica, ingreso familiar total, frecuencia de las visitas al consultorio, experiencias negativas previas en el consultorio

odontológico, edad a la que ellos pensaban que un niño debería visitar por primera vez al odontólogo, el motivo de la consulta, su nivel de estrés actual y las formas disciplinarias usadas en el hogar. Esta información fue utilizada para establecer cualquier diferencia significativa que pudiese estar relacionada con el nivel de aceptabilidad de las técnicas relacionadas con el manejo de la conducta utilizada en los pacientes niños (52).

Los participantes observaron uno o dos videos que contenían programas que mostraban 8 técnicas diferentes de manejo conductual. La metodología y los videos habían sido preparados por Lawrence y col.. Uno de los videos fue mostrado a la mitad de la población junto con una pequeña explicación verbal, su razón de ser y la orientación que tenían las técnicas antes de demostrarlas a través de ejemplos; este grupo denominado "A" duró diez minutos en la demostración. El otro video, el cual fue mostrado a la otra mitad de la población no recibió explicaciones acerca de la intención que tenía la explicación de estas técnicas; la duración de esta sesión fue de 8,5 minutos. Cada demostración de las técnicas, la cual duraba de 20 a 60 segundos exponía como la técnica era usada entre los 3 y 5 años de edad (52).

Después de la presentación de cada video se les dio un tiempo a los padres para que indicaran su grado de aceptabilidad de la técnica con la ayuda de una escala visual análoga (SVA) (52).

Los resultados obtenidos demostraron que el 81% de los padres habían cursado bachillerato, que provenían de las clases sociales media y baja. Tal y como lo señaló Havelka, la clase social parece constituir un factor en el establecimiento de la aceptación que da el padre a la aplicación de estas técnicas de manejo o control (52), (53).

Los padres parecían aprobar ciertas técnicas de control del comportamiento, las técnicas verbales gozaban de la mayor aceptación. Las técnicas de control farmacológicas (óxido nítrico, premedicación por vía oral, anestesia general) fueron consideradas menos aceptables que las verbales, pero no de una manera significativa; las técnicas de inundación o de control físico demostraron ser estadísticamente las menos aceptadas por los padres en comparación con las verbales y las farmacológicas. Según los autores de este estudio, los odontólogos deberían usar esta jerarquía en las técnicas; en el orden de las menos aversivas cuando se quiera ganar la aceptación de los padres (52).

Es importante destacar que los dentistas deberían incluir a los padres en la planificación del tratamiento tomando en cuenta las necesidades odontológicas del niño. Un representante informado es muy probable que muestre un mayor nivel de aceptación ante la aplicación de técnicas de control conductual que el odontólogo puede utilizar. Esto coincide con los resultados obtenidos por Lawrence y col. y Frankl, refirieron que los

representantes que observaron los videos y recibieron explicaciones resultaron ser más flexibles y tendían a aceptar la aplicación de estas técnicas si se comparaba con los padres que observaron los videos y que no recibieron explicaciones conjuntamente (52).

En un estudio conducido por Frankl sobre el uso del Papoose Board® y su aceptación por parte de los representantes, nos revela que si los padres están bien informados sobre los detalles que están relacionados con el tratamiento hay mas probabilidades de que estuviesen de acuerdo con el plan de tratamiento y de esta forma se evitan conflictos. Sin embargo, la inclusión de una explicación no garantiza la aceptación de la técnica (52).

En este estudio Scott y Garcia-Godoy, notaron que ninguna técnica de control es aceptada completamente por todos los padres en cualquiera de los grupos. Estos resultados no coinciden con los de Lawrence y col.; esta diferencia puede ser atribuida a lo pequeño de la muestra de la población que participó en este estudio. Lawrence y col., observaron que ninguna de las técnicas de control de conducta fue considerada como inaceptable por su grupo experimental, solo cuatro personas del grupo que se uso como control la rechazaron. Una comparación entre las respuestas que dan los representantes estudiados por Lawrence y col., con la que dieron los que participaron en este estudio se enfatiza claramente como los individuos difieren en los que ellos ven como aceptable. Los odontólogos deben estar

conscientes de que ellos no pueden tratar a los niños como a ellos les provoque para poder culminar su trabajo. Los padres deben estar involucrados en el proceso y en la planificación del tratamiento (52).

En ambos grupos de padre del estudio de Scott y Garcia-Godoy, prefirieron que su hijos fuesen sometidos a la anestesia general antes que la técnica mano sobre la boca. Estos padres provenientes de clases media y baja son más receptivos a la anestesia general cuando se presenta como alternativa, pero pierden el entusiasmo cuando se les explica el procedimiento. Es importante destacar que los videos que fueron utilizados no incluyeron explicaciones potenciales. Si a los padres se les hubiese informado sobre los posibles peligros, el riesgo de muerte y reacciones adversas los resultados al comparar estas dos técnicas hubiesen sido diferentes (52).

La técnica Decir-Mostrar-Hacer, resultó ser más aceptada por ambos grupos. Esto coincidió con el estudio conducido por Lawrence y col., en el que también encontró que este método gozaba de la mayor aceptación. Tal y como, lo demuestra este estudio no todas las técnicas son completamente aceptadas por los representantes en cualquiera de los grupos; inclusive algunos padres se oponían a la aplicación de esta técnica no invasiva, no intimidante que permite el control de la conducta (52).

La técnica de mano sobre la boca y Pappoose Board® recibieron el mayor nivel de rechazo ambos grupos, en comparación con las otras técnicas de manejo (52).

Nathan, explica en detalle la naturaleza de las técnicas aversivas en base a la información obtenida en la conferencia nacional y talleres sobre el control del comportamiento del niño celebrado en Iowa, EE.UU.. El 66% de odontólogos infantiles revelaron que usaban la técnica de mano sobre la boca (HOME) frecuentemente en su consultorio; cuando se les pregunto a estos si los padres se oponían estos respondieron que un 38% lo hacían. En este estudio, el 63% del grupo experimental y el 81% en el grupo que se usó como control se oponían al HOME. Si los padres ven la técnica con explicación o sin ella, pueden rechazar la técnica más enfáticamente (52).

El Pappoose Board® (o Tabla Pappoose), es considerada por los odontólogos como una herramienta muy valiosa en el manejo del paciente que no puede o no sabe colaborar. Frankl, demostró que si es explicado en el sentido positivo su uso los padres la aceptarían más. Los resultados obtenidos en este estudio contradicen a los obtenidos por Frankl, a pesar de que a los padres se les brindaron explicaciones; el 81% de los representantes considero que su aplicación era inaceptable. La diferencia en estos resultados podía ser consecuencia del tamaño reducido de la muestra (52).

Keith y col., realizaron un estudio con 120 representantes de niños que asistían para una consulta de chequeo a la Universidad de Odontología Pediátrica de Nebraska; estos fueron reclutados, todos sabían leer y escribir, eran progenitores de habla inglesa, acompañaban a sus hijos quienes estaban entre los 2 y 8 años de edad (35).

Después de obtener el consentimiento por escrito, a los representante se les mostraron las descripciones de las 8 técnicas tradicionales (Decir-Mostrar-Hacer, Oxido nitroso, Papoose Board®, Control de la voz, Mano sobre la boca, Pre-medicación oral, Limitación activa, Anestesia general) para el control conductual a través de cuatro métodos diferentes de presentación:

1. Video n°1: descripción de cada una de las técnicas usadas en un paciente joven durante una consulta en vivo. Además, un odontólogo proporcionaba una explicación complementaria y cada técnica estaba identificada con su nombre.
2. Video n°2: descripción de cada técnica usada en un paciente de corta edad en una consulta en vivo, fue colocado el nombre de cada técnica, pero no había una explicación complementaria.
3. Presentación n°3: es una presentación escrita de cada una de las técnicas, descripción, explicación y el nombre de cada técnica.

4. Presentación n°4: es una presentación oral de la información exacta que estaba contenida en la forma escrita, la cual había sido memorizada para evitar su lectura directa y destacar al asistente dental que era el presentador que era parte del equipo odontológico. La información al paciente tuvo una duración de 10 minutos.

Se les preguntó si pensaban que estaban bien informados acerca de cada técnica y a su vez se les solicitó su consentimiento para aplicar cualquiera de estas técnicas que pudiesen ser requeridas para cada niño (35).

El grupo participante contaba con 120 personas que pertenecían a un estrato socio-económico que iba desde la clase baja a media. No se pudo determinar el grado de experiencia previa que tenían de las técnicas odontológicas (35).

Las pruebas de Fischer revelaron, en general, que con el método escrito los progenitores se sintieron menos informados en comparación con los otros métodos; los métodos restantes no fueron estadísticamente significantes en comparación de uno con respecto a los otros; a pesar de que el método oral produjo más de un 95% de progenitores que se sentían bien informados, entre tanto menos del 90% de progenitores que veían uno de los dos videos se sentían informados (35).

A través de los resultados obtenidos con la prueba de varianza (ANOVA) se determinó que no hubo diferencias significantes entre los cuatro técnicas; sin embargo, el método oral produjo las más altas tasas de consentimiento y el video 1 produjo las más bajas (35).

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación revelan los hallazgos que se han obtenido en investigaciones anteriores en los cuales se hizo énfasis en la aceptabilidad de las técnicas de manejo conductual mostrando como se informa mejor a los progenitores acerca de estas; lo que está íntimamente relacionado con la voluntad de consentir cada técnica.

Más importante aún, la forma en la cual los progenitores eran informados acerca de una técnica específica resultó ser un factor de predicción significativa de cuán informado se sentían los progenitores y si estaban dispuestos a dar consentimiento o no. Debido a que este estudio va más allá de la aceptabilidad del tratamiento y se analizan aspectos que están relacionados con la información y la obtención de consentimiento, pensamos que es importante, en vista de los problemas que puedan desplegar responsabilidades legales y la normativa cambiante en la práctica de la odontología pediátrica (35).

En este estudio la presentación oral para dar información a los progenitores acerca de las técnicas de manejo de la conducta constituyó el

mejor método para garantizar que los progenitores se sintieran bien informados y estarían dispuestos a dar su consentimiento. Aunque este método no fue mucho mejor que los otros métodos restantes produjo en forma constante, pacientes bien informados y más consentimientos.

Los videos se piensan que son especialmente atractivos como recursos que permiten ahorrar tiempo, pero para aquellos profesionales que no quieren contraer responsabilidades la experiencia demuestra que los videos no brindan suficiente información. En adición, la presentación oral es más económica que el video (35).

Cuando se utilizó la prueba de Fischer, para establecer si el consentimiento para que se usara cada una de las técnicas de control conductual diferían cuando se aplicaban los cuatro abordajes, los resultados obtenidos nos hacen inferir que solo la presentación oral produjo mejores niveles de consentimientos para los procedimientos tomados individualmente. Para las técnicas HOME y anestesia general, la presentación oral produjo más consentimientos que el video 1. Los resultados obtenidos nos indican que los progenitores estaban dispuestos a consentir con mucho más frecuencia las técnicas: control de la voz, anestesia general y oxido nitroso en comparación con las técnicas de pre-medicación oral y HOME (mano sobre la boca) (35).

Los progenitores que participaron en este estudio reportaron que la información que ellos obtenían estaba asociada a sus decisiones de dar consentimiento. Más del 75% de todos los padres pensaron que el consentimiento escrito siempre debía ser obtenido cuando se debían aplicar las técnicas más invasivas (por ejemplo. Anestesia general, oxido nitroso, HOME, pre-medicación oral). Más aún, el 70% coincidió en que el consentimiento debería ser obtenido para todas las técnicas de control conductual y más del 60% estaba convencido de que deberían ser informados acerca de cada técnica, inclusive la técnica Decir-Mostrar-Hacer. Trayendo esto como consecuencia de otorgar el consentimiento. El nivel de aceptabilidad estaba correlacionado con consentimiento. Sin embargo, más del 10% de los encuestados reportaron incongruencias entre el consentimiento y la aceptabilidad (altas tasas de aprobación sin que se obtuviera el consentimiento subsecuente o bajas tasas de aprobación seguidas de consentimiento) (35).

Havelka y col., realizaron un estudio que buscaba establecer si la condición social ejercía alguna influencia sobre la preferencia con respecto a las técnicas de manejo conductual a las que son sometidos los niños durante el tratamiento odontológico. 122 representantes de pacientes niños que provenían de dos consultorios privados y una institución del gobierno, respondieron un cuestionario y dieron su opinión acerca de las 8 técnicas: Decir-Mostrar-Hacer, oxido nitroso, "Pappose Board", control de la voz, la

mano sobre la boca, la pre-medicación oral, limitación activa de los movimientos físicos (restricción física) y la anestesia general. La mitad de los pacientes observaron estas técnicas en un video que contenía explicaciones previas de cada técnica (grupo experimental). El otro grupo que se usó como control observó estas mismas técnicas de video, pero sin explicaciones previas. Los padres fueron divididos en dos grupos según su condición social baja o alta. Se observaron diferencias circunstanciales entre las técnicas HOME y anestesia general entre los registros promedios que correspondían al grupo experimental y al que se usó como control. Los grupos que se usaron como control tenían un nivel más bajo de aceptación, con la excepción de la técnica de anestesia general en el grupo social bajo en donde ocurría lo contrario. Entre las técnicas que fueron consideradas menos aceptables estaban HOME, la anestesia general, la tabla "Papoose Board" y la premedicación oral. Podemos resaltar que el nivel de aceptación que pueda tener una técnica individualmente varía enormemente, por lo tanto, es importante solicitar el consentimiento para su aplicación indiferentemente del estatus social de los padres (53).

CONCLUSIONES

1.- Entre las causas por la cual un niño no colabora en la consulta odontológica nos encontramos: los trastornos en el desarrollo, retardo mental, una enfermedad crónica y/o aguda, los temores transmitidos por los padres, una primera experiencia odontológica sin una adecuada preparación, experiencias previas que ha tenido el niño con odontólogos que no disfrutaban su trabajo. Por tanto, para poder superar estas barreras, el odontólogo general u odontopediatra debe convertirse en maestro.

Entre las estrategias metodológicas deben incluirse una comunicación efectiva, evaluar el nivel evolutivo del paciente, sus actitudes frente al odontólogo para predecir así las reacciones del niño; las habilidades del niño para comprender un mensaje dirigido a ese nivel, y a la vez que el niño este atento al mensaje que se le da.

2.- El manejo de la conducta es considerado una habilidad más que una ciencia; no es la aplicación de técnicas individuales creadas para “lidar” con niños sino más bien una amplia metodología para desarrollar una relación entre el paciente-niño, los padres y el odontólogo, el cual tendrá como fin establecer confianza, aliviar el miedo, la ansiedad y promover no solo el entendimiento de la necesidad de la salud bucal, sino también de acompañar

el proceso de co-aprendizaje por el cual la salud es alcanzada por el niño y el odontólogo (AADP).

3.- El éxito de la odontología orientada por objetivos depende parcialmente del “rapport” establecido entre los progenitores, el equipo odontológico y el niño en la consulta inicial y en las consultas sucesivas. Los padres deben estar dispuestos a supervisar la forma como el niño realiza el cuidado de su dentición y por otro lado ser consecuente con las consultas.

4.- En la atención del niño no existen casos similares, cada paciente es diferente uno del otro, no existe una receta prefabricada en el manejo de la conducta para la adaptación del paciente niño, cada uno de ellos constituye una individualidad puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo del niño, su madurez psicológica, su entorno social, condiciones socio-culturales de los padres entre otras.

Los dos objetivos principales del control de la conducta son: cumplir efectiva y eficientemente con el tratamiento del niño y establecer a través del aprendizaje, una actitud positiva con respecto al tratamiento odontológico. Estos objetivos son fundamentales para el clínico infantil. El alcance de estos objetivos dependen de los fundamentos del control de la conducta: comunicación y aprendizaje (educación).

5.- Para el manejo de la conducta nos encontramos con técnicas no farmacológicas (como el control de voz, Decir-Mostrar-Hacer, la comunicación no verbal, la distracción y el reforzamiento positivo) que deben emplearse en todos los niños; para lo que no es preciso la obtención del consentimiento de los padres para su uso. En el caso de las otras técnicas que son las farmacológicas (como la sedación consciente, sedación profunda y la anestesia general) que son reservadas para circunstancias especiales, si se precisa la obtención del consentimiento de los padres, de igual manera para la aplicación de técnicas de inundación, como son las técnicas de mano sobre la boca (HOME) y la de restricción física (técnicas no farmacológicas).

6.- Es importante que el odontólogo informe al padre o al responsable del niño acerca del uso de estas técnicas, sus indicaciones, contraindicaciones, riesgos significativos y tratamientos alternos; y que sean respondidas todas las preguntas antes de usar cualquier método. A excepción de los métodos de manejo comunicativo, los cuales no requieren de un consentimiento especial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Feldman, Robert S. (1998) **Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana**. Capitulo 10. McGraw Hill-Interamericana Editores, S.A. de C.V. Tercera edición. México, D.F. Págs. 340-390.
2. Craig, Grace J. (1997) **Desarrollo Psicológico**. Capitulo 1 y 2. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. Séptima edición. México. Págs. 4-37, 40-69.
3. Navarro, Armando (1989) **La psicología y sus múltiples objetos de estudio**. Universidad Central de Venezuela. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Talleres de Anauco ediciones C.A. Caracas.; Págs. 87-110.
4. Papalia, Diane; Wendkos O, Sally y Duskin F.,Ruth (2001) **Desarrollo Humano**. McGraw Hill-Interamericana Editores, S.A. Octava edición. Bogota- ColombiaPágs. 29-59.
5. Barber, Thomas K. y Luker, Larry S. (1985) **Odontología Pediátrica**. Capitulo 1 y 4. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F. Págs. 1-16, 42-59.

6. Coon, Dennis (2001) **Fundamentos de Psicología**. Capitulo 1 y 6. Internacional Thomson Editores, S.A. de C.V. Octava edición. México. Págs. 1-19, 137-174.
7. Andlaw, R.J. y Rock, W.P. (1999) **Manual de Odontopediatría**. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Cuarta edición. México, D.F. Págs. 20-22.
8. Mathewson, R.; Primosch, R. and Robertson, D. (1987) **Fundamentals of Pediatric Dentistry**. Chapter 9. Quintessence Publishing Co., Inc. Second Revised Edition. Chicago, Illinois. Pages 137-153.
9. Magnusson, B.; Koch, G. y Poulsen, S. (1985) **Odontopediatría**. Capitulo 4. Salvat Editores S.A. Barcelona- España. Págs. 33-47.
10. Figueroa de Garzón, Morella (1996) **Conceptos básicos. Odontología Pediátrica**. Capitulo 1. Editorial Desinlimend C.A. Caracas Venezuela. Págs. 19-36
11. Koch, G; Modder, T.; Poulsen, S. and Rasmusen, P. (1994) **Pedodontics. A clinical approach**. Munksgaard; Copenhagen.

12. McDonald, Ralph E. y Avery, David R.: **Odontología pediátrica y del adolescente**. Capitulo 3. Harcourt Brace de España, S.A. (1998); Págs. 33-52.
13. Grinberg, Salomon and Schor, Marcos (1984) **First encounter of child and dentist: An analysis of the introductory session**. Journal of dentistry for children. November-December. Pages 438-440.
14. Martin, B.; Stewart, J. and Spencer. P. (1984) **An innovative approach to working with parents**. Journal of Dentistry for Children. November-December. Pages 434-437.
15. Kendrick, Frank (1999) **Practical tips managing children's behavior**. Journal of Dentistry for Children. July-August. Pages 258-265.
16. Ripa, Louis W. y Barenie, James T. (1984) **Manejo de la conducta odontológica del niño**. Editorial Mundi. Buenos Aires. Págs.1-91.
17. Castillo M, Ramón (1996) **Manual de Odontología Pediátrica**. Capitulo 2. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C.A. Colombia. Págs. 21-59.

18. Kamp, Anthony A. (1992) **Parent child separation during dental care: a survey of parents preference.** Pediatric Dentistry. 14:231-235.
19. Marcum, B.; Turner, C. and Courts, F. (1995) **Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures.** Pediatric Dentistry. 17:432-436.
20. Guthrie, Andrew (1997): **Separation anxiety: an overview.** Pediatric Dentistry. 19: 486-489.
21. Corkey, Barry and Freeman, Ruth. (1994) **Predictors of dental anxiety in six-year-old children: Findings from pilot study.** Journal of Dentistry for Children. July-August. Pages 267-271.
22. Koroluk, Lorne D. (2000) **Dental anxiety in adolescents with a history of childhood dental sedation.** Journal of Dentistry for children. May-June. Pages 200-205.
23. Naini, F.B.; Mellor, A.C. and Getz, T. (1999) **Treatment of Dental Fears: Pharmacology or psychology?.** Dent Update. 26: 270-276.

24. Tsubouchi, J.; Nakai, Y. and Shimono, T. (1999) **The association of dental anxiety and dental health in Japanese children.** Pediatric Dental Journal 9(1):19-23.
25. Chapman, H.R. and Kirby-Turner, N.C. (1999) **Dental Fear in Children- a proposed model.** British Dental Journal. 187(8):408-412.
26. Pimentel H, Eva (1999) **Paciente odontopediátrico con fobia a las agujas: Revisión de la literatura y Reporte de un caso.** Universidad Central de Venezuela. Págs. 5-30.
27. Carballo J., José A. (1997) **Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico: una propuesta.** Revista ADM. Julio-Agosto. LIV(4): 207-214.
28. Ten Berge, M.; Veerkamp, J.; Hoogstraten, J. and Prins, P. (2001) **Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. Journal of Dentistry for Children.** January-February. Pages 51-54.

29. Aartman, I.; Everdingen, T.; Hoogstraten, J. and Schuurs, A. (1998) **Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment.** Journal of Dentistry for Children. Pages 252-258.
30. Taguchi, Marcela F. (1994) **Behavioral Science research in pediatric dentistry – A thermographic investigation.** Pediatric Dental Journal. 4(1):37-53.
31. Ishikawa, T.; Samuta, T.; Sannomiya, Y.; Nagata, A. and Nagasaka, N. (1996) **Effect of audio- visual relaxation using Virtual Visión in dental treatment for children.** Pediatric Dental Journal. 6(1):33-37.
32. Nishino, M.; Arita, K.; Harada, K.; Kamada, K. and Miyamoto, S. (1994) **Behavior and crying of children in the dental setting.** Pediatric Dental Journal. 4(1): 77-82.
33. Martinez, N.; Sax, S. and Elsbach, H. (1980) **Managing the crying child patient.** Journal of Dentistry for Children. September-October. Pages 329-332.

34. Zadik, Dan and Peretz, Benjamin (2000). **Management of the crying child during dental treatment.** Journal of Dentistry for Children. Pages 53-58.
35. Allen, Keith D.; Stanley, Robert T; McPherson, Keith (1990). **Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry.** Pediatric Dentistry. 12(2):79-82.
36. American Academy of Pediatric Dentistry (1999-2000) **Guidelines for Behavior Management.** Pediatric Dentistry, Special Issue. 21:42-46.
37. Allard, Glen B. and Stokes, Trevor F. (1980) **Continuous observation: a detailed record of children's during dental treatment.** Journal of Dentistry for children. July-August. Pages 246-250.
38. Kuhn, Brett R. and Allen, Keith D. (1994) **Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective.** January-February. 16(1): 13-17.

39. Greenbaum, Paul E.; Lumley, Mark A.; Turner, Clara. And Melamed, Barbara G. (1993) **Dentist's reassuring touch: effects on children's behavior.** Pediatric Dentistry. January-February. 15(1): 20-23.
40. Kaakko, T.; Riedy, C.; Nakai, Y.; Domoto, P.; Weinstein, P.; Milgrom, P. (1999) **Taking bitewing radiographs in preschoolers using behavior management techniques.** Journal of dentistry for children. September-October. Pages 320-324.
41. Acs, G.; Hersh, G.; Testen, R. and Wai Ng, M. (2001) **A 20 years on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education.** Pediatric Dentistry. 23(4): 301-306.
42. Barton, D.; Hatcher, E.; Potter, R. and Henderson, H. (1993) **Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint.** Pediatric Dentistry. January-February. 15(1):13-19.
43. Da Silva, Coretti (2001) **Musicoterapia: VIH-SIDA y depresión.** Capitulo 3. Ministerio de la Defensa. Caracas-Venezuela. Págs. 65-93.

44. Quesada B. (1988) **Música: su efecto en el paciente odontopediátrico.** Archivos de Odonto-Estomatología. 4: 175-179.
45. Gokli, M; Wood, A.J.; Mourino, A.P.; Farrington, F.H. and Best, A.I.M. (1994) **Hypnosis as an adjunct to the administration of local anesthetic in pediatric patients.** Journal of Dentistry for Children. July-August.. Pages 272-275.
46. Peretz, Benjamin and Bimstein, Enrique (2000) **The use of imagery suggestions during administration of local anesthetic in pediatric dental patients.** Journal of Dentistry for Children. July-August. Pages 263-267.
47. Lu, Dominic P. (1993) **The use of hypnosis for smooth sedation induction and reduction of postoperative violent emergencies from anesthesia in pediatric dental patients.** Journal of Dentistry for Children. May-June. Pages 182-185.
48. Shaw, Andrew and Welbury, Richard R. (1996) **The use of hypnosis in a sedation clinic for dental extractions in children: Report of 20 cases.** Journal of Dentistry for Children. November-December. Pages 418-420.

49. Sullivan, C.; Schneider, P.E.; Musselman, R.J.; Dummett, C.O. and Gardiner, D. (2000) **The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behavior.** Journal of Dentistry for Children. May-June. Pages 193-196.
50. Allen, K.D.; Hodges, E.D. and Knudsen, S.K. (1995) **Comparing four methods to inform parents about child behavior management: How to inform for consent.** Pediatric Dentistry. 17(3): Pages 180-186.
51. Zadik, D. and Peretz, Benjamin (1999). **Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment.** Pediatric Dentistry. 21(3): pages 201-204.
52. Scott, Stuart and Garcia-Godoy, Franklin (1998) **Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques.** Journal of Dentistry for Children. March-April. Page 128-131.
53. Havelka, C.; McTigue, D.; Wilson, S. and Odom, J. (1992) **The influence of social status and prior behavior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques.** Pediatric Dentistry November-December. 14(6): 376-381.

54. Nathan, John E. **Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities** (2001). Journal of Dentistry for Children. March-April. Pages 89-101.

