

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO
“MANEJO DE LA CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA”

NOMBRE DEL AUTOR:
C.D. Astonitas Araujo, Mary Lesly

NOMBRE DEL ORIENTADOR:
Dr. Esp. C.D. Alejandro Salazar

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A la virgencita por siempre darme fuerzas para cumplir con mis metas. A mi madre Carmen Araujo por darme su cariño, apoyo y hacer que todos mis sueños se hagan realidad y a mi abuelita Felicitas que desde el cielo me cuida.

TÍTULO

MANEJO DE LA CONDUCTA EN ODONTOPEDIATRÍA

RESUMEN	3
INTRODUCCION	5
MARCO TEORICO	6
I. DESARROLLO DEL NINO EN LAS DIFERENTES EDADES	6
1.1 Desarrollo psicosocial del niño	6
1.1.1. Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad	6
a. Teoría del apego (vinculación afectiva) de John Bowlby	8
1.1.2. De 3 a 6 años	8
1.1.3. De 6 a 12 años	9
1.1.4. De 12 a 18 años	9
1.2 PERSPECTIVAS TEORICAS DEL DESARROLLO	9
1.2.1. Perspectiva cognitiva	9
1.2.2. Perspectiva psicoanalítica	10
1.2.3. Perspectiva del aprendizaje	10
1.2.4. Perspectiva evolutiva	10
1.2.5. Perspectiva de la teoría contextual	11
1.3. TEMPERAMENTO INFANTIL	11
II. MIEDO Y ANSIEDAD EN LA ATENCION ODONTOLOGICA	12
2.1 Miedo	12
2.1.1. Características físicas del miedo	12
2.1.2. Miedo dental infantil	13
2.2 Ansiedad	14
2.2.1. Características físicas del miedo	14
2.2.2. Ansiedad dental infantil	15
III. CONDUCTA DEL NIÑO Y VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO ODONTOLOGICO INFANTIL	16
3.1 Conducta del paciente	16
3.2 Clasificación del paciente según su conducta	16
3.2.1. Escala de comportamiento de Frankl	16
3.2.2. Escala de Wright	17
3.2.3. Escala de comportamiento según Castillo	18
3.2.4. Clasificación conductual de Lampshire	19
3.2.5. Según aceptación al tratamiento dental	20
A. Según Rud y Kisling	20
B. Según Venham	20
3.3 Niños no colaboradores	20
3.4 Variables que influyen en la conducta del niño en la atención odontológica	21
a. Influencia de los padres	22
b. Influencia de hermanos y otros familiares u otros aspectos familiares	23
c. Influencia del contexto sociocultural	24
d. Influencia de antecedentes médico-odontológico	24
e. Coeficiente intelectual	24
f. Edad	24
g. Sexo	24
h. Efecto de la duración y hora de la cita	25
i. Comportamiento del equipo asistencial	25
j. Comportamiento del odontólogo	25
k. Efecto del ambiente físico y atmosfera	26
IV. TIPO DE LLANTO DE PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO	

4.1 El llanto	29
4.2 Tipos de llantos en el paciente odontopediátrico	29
4.3. Actitudes que se deben tomar de acuerdo a los tipos de llanto	30
V. TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN ODONTOPEDIATRÍA	31
a. Comunicación con los niños/ lenguaje pediátrico	31
b. Uso de material didáctico	32
c. Visita previa	32
d. Visita introductoria	32
e. Presencia/ ausencia de los padres	33
f. Consentimiento informado	34
5.1. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO	34
5.1.1. TÉCNICAS NO RESTRICTIVAS	34
a. Técnicas comunicativas	34
a.1. Decir-mostrar-hacer	34
a.2. Distracción	36
a.3. Escape contingente	36
a.4. tiempo y fuera	36
b. Técnicas comunicativas de modificación de la conducta	37
b.1. Desensibilización	37
b.2. Modelamiento	37
b.3. Refuerzo	37
C. técnica aversiva- control de voz	38
D. técnica prohibida- mano sobre boca	39
5.1.2. TÉCNICAS RESTRICTIVAS	40
a.. estabilización protectora activa	40
b. estabilización protectora pasiva	41
5.1.3. TÉCNICAS NO CONVENCIONALES	42
a. hipnosis	42
b. musicoterapia	43
c. técnica de distracción audio-visual	44
d. aromaterapia	46
5.2. TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS	47
CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Hitos evolutivos a tomar en cuenta en el abordaje odontológico del bebe.

CUADRO 2. Miedos infantiles normativos en función de la edad según Morris y Kratchwill.

CUADRO 3 Síntomas de la ansiedad.

CUADRO 4. Características de la ansiedad a la separación.

CUADRO 5. Escala de Comportamiento de Frankl.

CUADRO 6. Escala de Comportamiento de Wright.

CUADRO 7. Clasificación conductual de Lampshire

CUADRO 8. Lenguaje pediátrico. Términos amistosas para utilizar con los niños en la descripción de los procedimientos dentales.

CUADRO 9. Recomendaciones preliminares para el odontólogo.

CUADRO 10. SIGNOS VITALES EN DIFERENTES EDAD

CUADRO 11. Clasificación ASA

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Características del apego según John Bowlby

FIGURA 2. Paciente receptivo

FIGURA 3. Paciente física y mentalmente impedido

FIGURA 4. Paciente infante

FIGURA 5. Triada odontólogo-niño-padre

FIGURA 6. Área para actividades y material didáctico en la sala de espera

FIGURA 7. Sillones dentales pediátricos

FIGURA 8. Rueda de las emociones de Plutchik

FIGURA 9. Técnica decir-mostrar-hacer

FIGURA 10. Excepción de técnica decir-mostrar-hacer

FIGURA 11. Técnica modelado vs técnica TPD

FIGURA 12. Técnica de modelamiento

FIGURA 13. Refuerzo positivo

FIGURA 14. Técnica control de voz

FIGURA 15. Técnica mano sobre boca

FIGURA 16. Técnica de estabilización por protección activa

FIGURA 17. Técnica de estabilización pasiva con protección

FIGURA 18. Niño recibiendo tratamiento con musicoterapia

FIGURA 19. Lentes virtuales

FIGURA 20. Ejemplo de una forma de consentimiento informado para uso de sedación o anestesia general para tratamiento dental pediátrico

RESUMEN

El odontopediatra enfrenta cada día a pacientes de diferentes edades que acuden al consultorio dental con ansiedad o miedo. Es por esto, que el profesional debe entrenarse y obtener conocimientos que permitan conocer el estado físico y psicológico del paciente y de los padres; de este modo eliminar la ansiedad y/o miedos, realizando una atención personalizada y adecuada con cada paciente.

El odontopediatra debe crear un lazo de empatía desde la primera consulta con el niño, llegando a obtener información sobre él y su entorno; y así tomar una decisión que involucre escoger una técnica adecuada que nos permita el éxito en las siguientes atenciones odontológicas.

Estas técnicas tienen como meta lograr una actitud positiva, formar un vínculo entre el odontopediatra- paciente- padres y/o crear circunstancias favorables para llevar a cabo la atención odontológica de una manera eficaz y eficiente.

PALABRAS CLAVE

Desarrollo del niño, miedo, ansiedad, conducta, padres, técnicas de manejo de conducta.

ABSTRACT

The pediatric dentist faces every day patients of different ages who come to the dental office with anxiety or fear. This is why the professional must train and obtain knowledge that allows knowing the physical and psychological state of the patient and the parents; in this way eliminate anxiety and / or fears, providing personalized and adequate attention to each patient.

The pediatric dentist must create a bond of empathy from the first consultation with the child, getting to obtain information about him and his environment; and so make a decision that involves choosing an appropriate technique that allows us success in the following dental care.

These techniques aim to achieve a positive attitude, form a link between the pediatric dentist-patient-parents and/or create favorable circumstances to carry out dental care in an effective and efficient manner.

KEYWORDS

Child development, fear, anxiety, behavior, parents, behavior management techniques.

INTRODUCCION

En la actualidad, la ansiedad y el miedo del niño no son los únicos obstáculos para el tratamiento exitoso del odontólogo. Es por esto que el odontólogo debe tener como objetivo conocer más sobre el niño, conocer su entorno, la relación que tiene con sus padres, hermanos y otros familiares, su desenvolvimiento en la escuela y relación con sus compañeros, personalidad, problemas emocionales; así identificar desde un comienzo, si el niño puede o no ser un paciente que colabore en la atención odontológica.

El estado emocional de los padres y/o cuidadores en el presente ha tomado un rol muy importante ya que su influencia repercute en el comportamiento del niño. La presencia en la consulta de los padres puede ser de gran ayuda en niños muy pequeños, sin embargo en niños mayores la presencia de un padre ansioso puede repercutir de forma negativa y dar como resultado el fracaso en el tratamiento.

Entonces el odontólogo no solo debe estar atento sobre esos aspectos, sino también debe tener un ambiente acondicionado para la atención del niño. El personal (recepcionista/ asistente) deben estar entrenados para ganarse la confianza del niño y padre y hacer que su visita al odontólogo sea agradable.

Entonces el odontólogo debe estar preparado para identificar todo aquello que influya negativamente en el comportamiento del niño y así poder ejecutar las técnicas necesarias para poder modificar esta conducta. Estas distintas técnicas eliminarán la ansiedad y miedos y permitirán disolver comportamientos no favorables con respecto a la atención dental, ayudando al niño a atravesar la realización de los procedimientos. También enseña a los padres a comprometerse más con la salud bucal de su hijo y este así vaya tomando consciencia a lo largo de su crecimiento sobre el cuidado de su boca.

Entre las técnicas no farmacológicas la más usada y aceptada por los padres hasta la actualidad es la técnica decir- mostrar- hacer; sin embargo como apoyo a estas técnicas no farmacológicas o de manera individualizada se pueden usar las técnicas de hipnosis, musicoterapia, distractores audiovisuales y aromaterapia.

Según distintas investigaciones, entre las técnicas no convencionales la que mejor resultado da es la distracción audiovisual, debido a que la concentración de los niños (auditiva y visual) queda atrapada en la película o juego o imagen virtual que estén visualizando desconectándose totalmente del ambiente odontológico. No obstante el odontopediatra no debe excederse en el uso de las diferentes técnicas ya sea no farmacológica y/o no convencionales para así no abrumar al paciente y obtener un resultado negativo.

Solo si el niño sigue con no colaborar con el odontólogo después de usar todas estas técnicas no farmacológicas, está en una edad donde no puede comprender o se necesita realizar un tratamiento urgente; el odontólogo deberá utilizar otras técnicas como las farmacológicas.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

DESARROLLO DEL NIÑO EN LAS DIFERENTES EDADES

En odontología pediátrica es de fundamental importancia el conocimiento del desarrollo del niño a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

El desarrollo es un proceso unificado, multidimensional ya que se da en diversos aspectos: desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial. (1)

3.1 DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

1.1.1. Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

El odontopediatra debe tener en cuenta los aspectos psicomotores que el niño de esta etapa presenta:

CUADRO 1. Hitos evolutivos a tomar en cuenta en el abordaje odontológico del bebe. (2)

EDAD (MESES)	CARACTERISTICAS	ACTITUD DEL CLINICO
Recién nacido	Duerme constantemente y despierta solo para reclamar alimento (reflejos de búsqueda y succión presentes). El llanto es el único medio de expresión ante sus necesidades y situaciones de incomodidad. Se vuelve a la fuente de sonido.	Educación a la madre con respecto del inicio de la limpieza bucal y la importancia de la lactancia a toda hora.
6ta semana	Empieza a fijar la mirada y a sonreír. Al sentarlo, la cabeza va hacia atrás. Va perdiendo los reflejos primitivos.	
3 meses	Perdida de reflejos primitivos. Sostiene mejor la cabeza y puesto en decúbito ventral la levanta (posición de esfinge). Sonríe espontáneamente. Sigue objetos con la vista. Agarra con fuerza objetos que se le ponen en la mano, pero sin oponer el pulgar.	
6 meses	Predomina la posición en extensión. Si se le coloca boca abajo es capaz de voltearse. Se sienta con apoyo y puede sostener la cabeza. Balbucea con sus juguetes. Balbucea. Responde a su nombre.	Educación a la madre sobre posible inicio de erupción-sintomatológico.
9 meses	Puede sentarse bien. Inicio de gateo e intenta pararse con apoyo. Dice "mama" o "papa". Mueve la mano para despedirse. Toma objetos utilizando el pulgar.	
12 meses	Camina tomando de la mano y da algunos pasos solo. Pronuncia algunas palabras.	Educación a la madre sobre posible erupción de

	Ayuda a vestirse. Sigue órdenes verbales.	primera molar.
18 meses	Camina bien. Sube escaleras apoyándose. Vocalizan cerca de 10 palabras, jala sus juguetes con una cuerda. Come parcialmente sin ayuda. "No" es su palabra favorita y puede entender palabras.	Sintomatología incrementada. Inicio de habito de cepillado sin pasta y sobre traumatismos bucodentales por caídas relacionadas con el aprendizaje al caminar. En estos pacientes se sugiere dar órdenes claras y emplear técnicas cortas y simples. El temor frente a extraños así como el miedo a la separación de los padres es común en esta edad, es por eso que se debe evitar separarlo de ellos.
24 meses	Corre, abre puertas, sube a los muebles, sube y baja escaleras. Puede ponerse algunas prendas de vestir, colabora a sacárselas. Pronuncia oraciones de 3 palabras. Garabatea círculos e imita trazos horizontales. Expresa sus necesidades biológicas. Tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales, ya que todavía predominan los juegos solitarios. A los 2 años y medio se comporta de manera dominante y exigente.	
36 meses	Maneja triciclo, copia un círculo e imita una cruz. Sabe su edad y sexo. Repite 3 números o una frase de 4 sílabos. Puede vestirse solo, excepto abotonarse o hacer lazos. Pregunta infatigablemente y se alimenta solo. Su comprensión es mayor, le gusta dar como quitar. Esta edad es conocida como el "yo también" y la edad de la imitación. Es capaz de establecer relaciones sociales interpersonales, es susceptible al elogio y realiza órdenes verbales. A los 3 años y medio aparece la no coordinación en varios aspectos como; el tartamudeo, caerse, tic nerviosos como el pestañeo constante, morderse las uñas, hurgarse la nariz y aumento de la succión de pulgar.	Inicio de higienización con pasta dental. Observación de erupción dentaria: prevención de mordidas cruzadas. Como odontopediatras debemos tener una gran comprensión y paciencia y además mucho afecto.

En este periodo se desarrolla un sentido básico de la confianza con sus cuidadores, conocido como apego (que en la mayoría de los casos es la madre, quien lo alimenta, cambia pañales y mimas). (1)

b. TEORÍA DEL APEGO (VINCULACIÓN AFECTIVA) DE JOHN BOWLBY

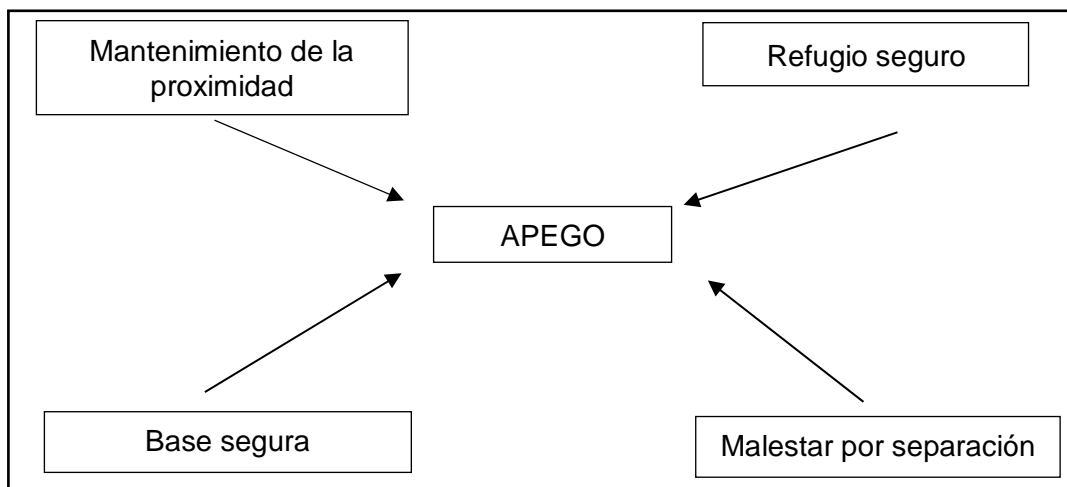
Esta teoría formulada inicialmente por el psiquiatra británico Bowlby (1988), intenta explicar los efectos de los vínculos tempranos de protección en el desarrollo psicológico del neonato y el infante, así como las consecuencias de no contar con ellos. Los padres y los bebés están predispuestos biológicamente a apegarse mutuamente, lo cual promueve la supervivencia del bebé. Si hubo problemas en esta relación entonces es probable que el menor forme patrones inseguros y ansiosos. (3)

Según Bowlby, existen 4 características del apego:

- Mantenimiento de proximidad: el deseo de estar cerca de las personas con quienes están apegadas.
- Refugio seguro: el retorno a la figura de apego en busca de confort y seguridad en caso de temor o amenaza.
- Base segura: la figura de apego actúa como una base de seguridad desde la cual el niño puede explorar el entorno circundante.
- Malestar por separación: ansiedad que ocurre en ausencia de la figura de apego

Esta teoría ayuda a reflexionar al odontólogo para permitir al niño / bebé que explore el ámbito del consultorio y que sienta al odontólogo menos extraño, y para alertarlo cuando pretende que la madre o la cuidadora no entren en el consultorio, en lugar de esperar a que el niño se sienta seguro y pueda separarse espontáneamente. (3)

FIGURA 1. Características del apego según John Bowlby (3)



1.1.2. De 3 a 6 años

En esta etapa se desarrolla el auto concepto y autoestima. El niño aprende a diferenciar las emociones positivas, de las negativas; son excelentes conversadores y gustan de escuchar y contar historias.

Ellos están en un proceso de individualización y les gusta agradar y los elogios. Empieza la escolaridad lo cual facilita la ampliación del vocabulario y desarrollan su memoria con base a las palabras aprendidas. Su imaginación está muy desarrollada y presentan temores específicos como el payaso, cuco y otros.

Para el tratamiento odontológico, pueden retrasar la terapéutica por las preguntas y curiosidades que pueden tener. Necesitan firmeza en el trato, pero siempre con el uso de refuerzos afectivos. (1)

1.1.3. De 6 a 12 años

Es la etapa escolar, en el cual el desarrollo cognitivo es muy marcado. El egocentrismo disminuye considerablemente. El niño se une a un grupo específico y busca una identidad y aceptación. Tiene temor al ridículo, a los fracasos y daño corporal. Desarrollan sensaciones de ansiedad y preocupación.

Ante la ira puede predominar un ataque verbal, pero en general tienen capacidad de auto control.

Para el tratamiento se sugiere al profesional adecuar sus actitudes y lenguaje al desarrollo cognitivo del niño, quien puede mostrar miedo a sufrir daños. En esta etapa ellos entienden explicaciones, es por esto que se debe tratar de que el niño se involucre con el cuidado de salud bucal y ayudarlo a desarrollar buenos hábitos de salud. (1)

1.1.4. De 12 a 18 años (adolescencia)

Es una etapa crítica ya que se produce una serie de transformaciones en los aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos, que lo hacen tener sentimientos ambivalentes; en algunos casos son egocéntricos y la relación con los padres disminuye y buscan su independencia. Su conducta es impredecible. Se preocupan por la estética incluida la dento-facial. (1)

1.2 PERSPECTIVAS TEORICAS DEL DESARROLLO

Los investigadores consideran el desarrollo desde 5 perspectivas teóricas:

1.2.1. PERSPECTIVA COGNITIVA

Es aquella que analiza los procesos del pensamiento. Desarrollada por Jean Piaget a través del estudio de sus propios hijos y de los ajenos. Su teoría está basada en la forma en la que los niños llegan a conclusiones, buscando la lógica en las respuestas dadas a las preguntas formuladas. (3)

Según Piaget hay 4 etapas del desarrollo cognitivo:

- 1) Periodo sensorio motor (0-2 años): se caracteriza por la relación entre las relaciones y el comportamiento motor.

- 2) Periodo pre operacional (hasta los 6 años): caracterizado principalmente por el descubrimiento de operaciones mentales, además resuelve problemas básicos y los clasifica mediante la ejecución de planes y estrategias.
- 3) Periodo operacional concreto (desde los 7 hasta los 11 o 12 años): se caracteriza principalmente por la extensión de operaciones mentales desde objetos concretos hasta los simbólicos.
- 4) Periodo operacional formal (hasta la edad adulta): se caracteriza principalmente por la capacidad de dar soluciones a diversos problemas utilizando diversos métodos además de la capacidad de probar dichas posibilidades.

1.2.2. PERSPECTIVA PSICOANALITICA

Considera que el desarrollo esta moldeado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana. Es una corriente iniciada por Freud, la cual se concentra en factores biológicos, de maduración y en las experiencias tempranas. Sus seguidores Erickson y Backer consideraron la influencia de la sociedad y la cultura. (1)

- Psicoanalítica: basada en los estudios de Freud, pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad.
- Psicosocial: desarrollada por Ericsson, quien conceptuaba a la sociedad como una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del ego o el yo.
- Relaciona: en esta teoría Baker dice que la personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, de la misma infancia. Los inicios del concepto del YO no son los de una persona solitaria y estática que es ayudada por otra, sino los de una persona que interactúa con otras.

1.2.3. PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

Sostiene que el desarrollo resulta del aprendizaje, como un cambio duradero en la conducta, basada en la experiencia o la adaptación del ambiente. Se interesa más en el comportamiento observable que en las fuerzas inconscientes. (1)

- Teoría del conductismo: Se centra en comportamientos observables y medibles y que por consiguiente, pueden registrarse. Admite que el ambiente influye mucho en el comportamiento y sostiene que los seres humanos aprenden acerca del mundo de la misma manera como lo hacen los animales.

Está basada en el aprendizaje asociativo y lo divide en dos tipos (1):

- ✓ Condicionamiento clásico: desarrollada por Ivan Pavlov, quien sostiene que el aprendizaje está basado en la asociación, es decir que una respuesta aparece después que es asociada repetidamente con el estímulo que la provoca.
- ✓ Condicionamiento operante: es una forma de aprendizaje y la consecuencia (el estímulo reforzador) es contingente a la respuesta que previamente ha emitido el sujeto. El condicionamiento operante implica la ejecución de conductas que operan sobre el ambiente. Aquí las conductas se emiten espontáneamente y sus consecuencias determinan el aprendizaje; así, las consecuencias agradables tienden a fortalecer una conducta, en cambio, las consecuencias desagradables tienden a debilitar una conducta.

1.2.4. PERSPECTIVA EVOLUTIVA

Se enfoca en las bases biológicas y evolutivas de la conducta influenciado por Darwin, se basa en los conocimientos de antropología, ecología, genética, etiología y psicología evolutiva para explicar el valor adaptativo o de supervivencia del comportamiento para un individuo o especie. (1)

1.2.5. PERSPECTIVA DE LA TEORIA CONTEXTUAL

Enfatiza el impacto del contexto histórico, social y cultural. (1)

1.3. TEMPERAMENTO INFANTIL

Mc Call definió el término temperamento de la siguiente manera:

“El temperamento consiste de decisiones básicas inherentes, relativamente consistentes a la persona que subyacen y modulan expresiones de actividad, reactividad, emocionalidad y sociabilidad. Los principales elementos del temperamento están presentes tempranamente en la vida, y aquellos elementos son probablemente influidos fuertemente por factores biológicos. A medida que avanza el desarrollo, la expresión del temperamento se convierte cada vez más influenciada por la experiencia y el contexto”. (4)

a. TEORIA DE THOMAS Y CHESS

Fue uno de los estudios pioneros en torno al temperamento de la infancia. En su investigación, utilizaron la observación directa y entrevista con los padres para investigar los estilos individuales de la personalidad y el temperamento en los niños, desde los 4 meses de vida hasta la edad adulta. Al realizar el análisis se detectaron 9 rasgos comportamentales que se repetían: nivel de actividad, ritmicidad, aproximación- evitación, cualidad del humor, intensidad del humor, tendencia a distraerse, persistencia y duración de la atención, umbral sensorial y adaptabilidad. (4)

El análisis cuantitativo de estas 9 dimensiones dio lugar a conocer la correlación existente entre los perfiles de comportamiento manifestado en los niños y dichas dimensiones, permitiendo determinar 3 tipos de temperamento (4,9):

- Temperamento tranquilo: se considera que estos niños generalmente presentan un estado de ánimo positivo. Sus funciones corporales son regulares y se les considera adaptables y flexibles. Cuando surgen problemas se espera que reaccionen con una intensidad baja o moderada. En lugar de rehuir a situaciones nuevas, el niño de temperamento tranquilo suele manifestar una actitud positiva.
- Temperamento difícil: este tipo de niños suelen tener funciones corporales irregulares, y desarrollan con lentitud unas pautas diurnas para dormir, comer y hacer sus necesidades. Suelen reaccionar intensamente ante los problemas, tienden a rehuir de situaciones nuevas y les cuesta adaptarse a los cambios de su entorno.
- Temperamento de reacciones lentas: Estos niños tienen predisposición a la timidez. Suelen desarrollar bajos niveles de actividad. Les cuesta mucho cambiar, ya que se adaptan lentamente y responden negativamente a las situaciones novedosas. Su respuesta natural al cambio es retraerse, y responden a los problemas con una reacción poco intensa.

CAPITULO II

MIEDO Y ANSIEDAD EN LA ATENCION ODONTOLOGICA

2.1 MIEDO

El miedo es una reacción que se da frente a un verdadero peligro. Esta desaparece fácilmente cuando el peligro ya ha pasado. Es un esquema adaptativo y supone un mecanismo de supervivencia y de defensa que permite al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia. (5)

Por otro lado la fobia es un miedo persistente, poco realista e intenso a un estímulo específico que conduce a evitar por completo el peligro percibido.

CUADRO 2. Miedos infantiles normativos en función de la edad según Morris y Kratchwill (6)

EDAD	SITUACIONES ATEMORIZANTES
0-6 meses	Perdida súbita de soporte (base de sustentación), ruidos fuertes
7-12 meses	Miedo a las personas extrañas, miedo a los objetos que surgen súbita e inesperadamente
1 año	Separación de sus padres, retrete, heridas, personas ajenas
2 – 5 años	Miedo principalmente a ruidos fuertes como el producido por la aspirado, sirenas, alarmas, a los animales, a la oscuridad, objetos o maquinas grandes y cambios en el entorno personal.
6 – 8 años	Temor a los seres sobrenaturales, miedo a estar solo, a separarse de sus padres, miedos basados en sucesos aparecidos en los medios de comunicación
9-12 años	Miedo a los exámenes escolares, rendimiento académico, lesiones corporales, aspecto físico, muerte, oscuridad (en un porcentaje pequeño)

2.1.1. CARACTERISTICAS FISICAS DEL MIEDO

Las manifestaciones fisiológicas del miedo se dan en el cerebro, en el sistema límbico. Ocurre porque el cerebro está todo el tiempo escaneando a través de los sentidos todo lo que sucede alrededor de la persona, incluso cuando duerme. Si en algún momento detecta un peligro se producen cambios físicos inmediatos que pueden favorecer el enfrentamiento, la parálisis o la huida.

En el cuerpo se manifiesta de la siguiente manera: el corazón bombea sangre a mayor velocidad para poder llevar hormonas a las células especialmente la adrenalina, aumenta la presión, las pupilas se dilatan, taquicardia, sudoración, temblores, pérdida del control sobre la conducta. (5)

2.1.2. MIEDO DENTAL INFANTIL

Los niños experimentan miedo y temor cuando visitan al odontólogo, impidiéndoles incluso dormir la noche anterior.

El miedo dental en niños puede manifestarse en formas diferentes: Brusca y episódica, en crisis (trastorno de pánico), persistente o continua, grave (trastorno de ansiedad generalizada) y tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). (5)

Los "miedos al odontólogo", en infantes se pudieron explicar por motivos subjetivos, o bien por experiencias previas que le dan un fundamento objetivo al temor. Por lo regular, es muy raro encontrar niños que les guste ir al odontólogo o niños que no sientan miedo de ir. (5)

Catalá describió que el miedo dental infantil puede contemplarse desde una doble perspectiva: exógena y endógena. Por un lado, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social, a veces, sin ni siquiera haber pasado nunca por la consulta del odontólogo y por otro debido a la respuesta adicional a otros miedos en estados tendentes a padecer desórdenes psicológicos. (5)

Kleinhauz y Eli reportaron que para reducir el temor preoperatorio, el paciente podía ser ayudado con un método de inducción y autocontrol que le permitiría estar consciente y mantener el control durante el procedimiento clínico, logrando con éxito el tratamiento. (5)

Beks, dice que las situaciones más comunes que producen mayor miedo en los pacientes infantiles durante la consulta, por lo general son: El ruido de la turbina, oír al paciente que está dentro del consultorio quejarse, la vista de los instrumentos con que lo van a tratar, especialmente la aguja, la extracción de un diente, el ruido del compresor, el hecho de ver sangre, abrir la boca para ser inyectado, ver que inyectan a otro paciente, sentarse en el sillón dental, el olor de los medicamentos, ver al odontólogo con la bata blanca, ser abandonado por los padres. (5)

McGuigan explicó que los momentos en que los pacientes se enfrentan a una cirugía, exámenes invasivos, técnicas dolorosas y aún el proceso de anestesia, los carga de un inmenso temor, estas constituyen oportunidades excelentes para ocuparse de la dimensión emocional del niño a través del diálogo para aliviar los miedos y abordar las molestias; utilizando desde una pequeña estrategia de relajación previa, hasta el simple hecho de responder a sus preguntas, pueden ser herramientas de gran utilidad para disminuir el alto grado de pavor de los pequeños. (5)

Gao X. (2013) recopiló videos en Youtube se expresan las opiniones de niños, adolescentes y hasta de padres sobre el origen de ansiedad y fobia en el tratamiento dental. Muchos comentaron que sus miedos se deben a los malos modales de los profesionales (odontólogo y asistente) y al poco entrenamiento. (34)

El odontopediatra debe ser capaz de reconocer este miedo y observar las reacciones del niño durante el tratamiento odontológico, las reacciones frente al miedo pueden ser: el niño aprieta sus manos, tiene los pies contraídos o sus ojos están brillosos.

Esta es una señal de alarma que indicaría la precariedad de la situación emocional que puede conducir a un cambio brusco en un momento inmediato o la interrupción del tratamiento. Es muy importante conocer este aspecto para poder ayudar al paciente.

2.2 ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción automática que tienen las personas como reacción a las situaciones que se le puede presentar. (7)

2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ANSIEDAD

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico.

Las características de la ansiedad dependen de las características personales del individuo, las vivencias que haya tenido, la educación y el ambiente en el que se vive.

Entonces la ansiedad pone en marcha mecanismos fisiológicos de alerta y defensa.

CUADRO 3. *Síntomas de la ansiedad (8)*

NIÑOS PEQUEÑOS	NIÑOS MAYORES Y ADOLESCENTES
Inquietud motriz	Angustia
Llanto inmotivado	Temores irreprimibles
Pérdida del apetito	Dolor torácico
Trastornos del sueño	Obsesiones
Negativa a separarse de los padres	Rituales
Dolores abdominales	Inhibición motriz
Cefaleas	Dificultad para concentrarse
Temores irreprimibles	Sentimientos de despersonalización
Dudas	Sentimientos de des realización

La ansiedad a la separación se inicia en la infancia pero también se da en la adolescencia y consiste en la angustia intensísima que experimente el niño cuando tiene que separarse de los padres o de las personas que le cuidan.

CUADRO 4. *Características de la ansiedad a la separación (8)*

Comienzo	Antes de los 6 años
Duración	Al menos dos semanas
Intensidad	Desproporcionada a la edad y que interfiere en la vida cotidiana
Medio familiar	Sobreprotector
Síntomas	Tristeza, apatía, llanto, dificultades de concentración, dificultad de interacción personal y social, cefaleas, temblores, dolores

abdominales, lipotimia, vértigo, taquicardia, crisis de pánico.

2.2.2. ANSIEDAD DENTAL INFANTIL

Cuando se trata de infantes, experimentar ansiedad es normal y necesario. Los niños son susceptibles a causales de ansiedad en sus vidas al igual que los adultos. Sus respuestas de angustia están integradas a reacciones defensivas innatas en su conducta, como en todas las personas. Este es un mecanismo de vigilancia que sirve para alertarlo de posibles peligros y desempeñan un papel protector en él.

En relación con la edad, investigaciones realizadas con población infantil, reportaron una prevalencia en la presencia de esta reacción en pacientes con procedimientos traumáticos previos y la ansiedad de los padres del niño transmitida a sus hijos. Se menciona también un incremento en la ansiedad infantil, cuando los pacientes consultan esporádicamente debido a la presencia de dolor y en consecuencia, el tratamiento involucra la extracción de un diente. Hay muchos factores que influyen sobre las actividades y la conducta de un niño hacia la odontología, ya que éste presenta una variada gama de manifestaciones emocionales, que se desarrollan paralelamente con su estado físico y personalidad.

La literatura reportó también que este tipo de ansiedad tiene estrecha relación con el miedo y el dolor infantil más que con una respuesta propiamente dicha ante una situación particular. Cuando un paciente infantil llega para ser atendido por el odontólogo, trae más que una molestia en sus tejidos bucales, una carga emocional, de experiencias propias o de su entorno cercano, ya que es un ser humano que tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas.

Ellos tienden a ser ansiosos y miedosos en mayor proporción que los adultos, debido a que están siempre expuestos a situaciones nuevas y desconocidas. (5)

El éxito de la Odontopediatria depende, no sólo de las habilidades del profesional, sino también de la capacidad de este de conseguir cooperación por parte de los pacientes. En el caso de niños no colaboradores, es decisivo establecer desde el principio, una relación de confianza.

CAPITULO III

CONDUCTA DEL NIÑO Y VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO ODONTOLOGICO INFANTIL

3.1 CONDUCTA DEL PACIENTE

La conducta está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida.

El ser humano nace con unos rasgos de personalidad específicos, pero esto no es lo que determina su modo de actuar. Desde una edad muy temprana las personas aprenden distintas formas de comportarse.

El termino conducta puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

La mayoría de los niños manifiestan patrones de comportamiento aceptables que permiten que el tratamiento dental se realice sin dificultades. Sin embargo, hay pacientes cuyo comportamiento altera el tratamiento. Por este motivo el odontólogo debe estar capacitado para categorizar objetivamente la conducta del niño en la experiencia odontológica y clasificarlo de acuerdo a esta.

3.2 CLASIFICACION DEL PACIENTE SEGÚN SU CONDUCTA

3.2.1. ESCALA DE COMPORTAMIENTO DE FRANKL

Esta escala global y es un método sencillo, práctico y fácil de aplicar. Esta clasificación se describe debido a que es la más utilizada y citada en la literatura en odontología pediátrica (1):

La cual clasifica al comportamiento en 4 categorías descritas en la siguiente tabla.

CUADRO 5. *Escala de Comportamiento de Frankl (1, 10, 11,22)*

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
DEFINITIVAMENTE NEGATIVO	<ul style="list-style-type: none">• Rechaza el tratamiento• Llanto intenso• Movimientos fuertes de las extremidades• No es posible la comunicación verbal• Comportamiento agresivo

LEVEMENTE NEGATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Rechaza el tratamiento • Movimientos leves de las extremidades • Comportamiento tímido-bloquea la comunicación • Acepta y acata algunas órdenes • Llanto monotónico
LEVEMENTE POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Acepta tratamiento de manera cautelosa • Llanto esporádico • Es reservado • Se puede establecer comunicación verbal • Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo
DEFINITIVAMENTE POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperación • Buena comunicación • Motivación e interés por el tratamiento • Relajación y control de las extremidades

3.2.2. ESCALA DE WRIGHT

La clasificación clínica de Wright coloca a los niños en 3 categorías:

CUADRO 6. *Escala de Comportamiento de Wright (10,12)*

CATEGORIA	DESCRIPCION
COMPORTAMIENTO COLABORATIVO	Estos niños tienen mínima aprehensión al tratamiento dental. Razonablemente relajados. Estos niños suelen tener una buena relación con el odontólogo y el equipo dental. Muestran interés en los procedimientos dentales y el dentista puede trabajar con eficiencia y eficacia.
CARENCIA DE HABILIDAD COOPERATIVA	Este grupo incluye a niños que carecen de la capacidad de cooperar como consecuencia de su falta de madurez física y/o mental, debido a la edad o una condición especial. Se subdivide en dos grupos. El primer subgrupo integra a niños emocionalmente inmaduros debido a la edad (menores de 2 años y medio). Estos niños pueden representar un problema importante por su comportamiento y se refiere a ellos como niños "pre cooperativos". El segundo sub grupo incluye a niños con algún grado de discapacidad.
COLABORADOR POTENCIAL	La característica en estos niños es su problema

con el comportamiento. Estos niños tienen la capacidad de realizar el tratamiento cooperando. Aquí se debe hacer un juicio clínico para modificar el comportamiento del niño.

3.2.3. ESCALA DE COMPORTAMIENTO SEGÚN CASTILLO

Utilizada en la Facultad de Estomatología de la UPCH. (1)

- Paciente cooperador que puede ser atendido en condiciones convencionales. Sin embargo hay una variación del comportamiento inicial, algunos pacientes tienen una conducta no cooperadora en su primera experiencia; sin embargo son cooperadores potenciales que con un buen manejo se convierten en pacientes receptivos.

FIGURA 2. *Paciente receptivo (1)*



- Paciente no receptivo: Paciente que presenta comportamientos exagerados como rebeldía, hiperactividad, temor y ansiedad, el cual requiere ser atendido bajo condiciones y técnicas especiales.
- Paciente físicamente impedido: Todo paciente con un impedimento físico, sordera, ceguera, motricidad alterada, mudez, etc.
- Paciente física y mentalmente impedido: Paciente en el que su desarrollo psicológico como mental y coeficiente de inteligencia están disminuidos hasta alcanzar en los más graves el retardo mental severo.

FIGURA 3. *Paciente física y mentalmente impedido*



- Paciente infante: Pacientes muy pequeños, cuya maduración psicológica no les permite colaborar.

FIGURA 4. *Paciente infante*



3.2.4. CLASIFICACION CONDUCTUAL DE LAMPSHIRE

CUADRO 7. *CLASIFICACION CONDUCTUAL DE LAMPSHIRE (10)*

CATEGORIA	DESCRIPCION
COOPERADOR	Relajado físico y emocionalmente. Cooperar con los procedimientos dentales.
COOPERADOR INTENSO	Tenso física y emocionalmente. Cooperar con los procedimientos dentales.
APREHENSIVO	Evita el tratamiento dental, se esconde detrás de los padres. Evita mirar o hablar con el dentista.
MIEDOSO	Requiere gran apoyo para superar el temor al tratamiento dental.
TEMEROSO O DESAFIANTE	Opone resistencia pasiva para evitar el tratamiento dental, anteriormente conseguido.
HIPEREMOTIVO	Responden con gran agitación, mediante gritos, patadas y/o llorando.
DISCAPACITADO	Niños con necesidades especiales.
EMOCIONALMENTE INMADURO	Niños menores de 3 años.

3.2.5. SEGÚN ACEPTACION AL TRATAMIENTO DENTAL

E. SEGÚN RUD Y KISLING

En el año 1973, Rud y Kisling crearon una escala para valorar las reacciones del niño en la consulta odontológica y se basaron en la actividad verbal, tensión muscular y la expresión ocular. Ellos presentaron los siguientes parámetros (13):

- Grado 3. Aceptación positiva: se caracteriza principalmente por la presencia de voluntad y de realizar preguntas, su expresión corporal es relajada, usualmente con los brazos apoyados en el sillón dental, sus rasgos faciales están libres de ansiedad o miedo, sus ojos son brillantes, tranquilos y móviles.
- Grado 2. Aceptación indiferente: se caracteriza principalmente por conversaciones y preguntas dudosas o expresadas rápidamente, sus movimientos reflejan cautela, se observa desconcentración. La expresión ocular es indiferente, sin embargo su expresión corporal es relajada.
- Grado 1. Aceptación con desgana: principalmente se observa desgano en el niño, dificultad para iniciar una conversación, protestas vagas e interés poco evidente. La posición corporal es evidentemente poco relajada, constantemente parpadea o frunce el ceño.
- Grado 0. No aceptación: principalmente hay presencia de protestas verbales y físicas además de llanto

F. SEGÚN VENHAM

En 1979, Venham diseñó una escala para la valoración de la colaboración ampliando el número de conductas a tener en cuenta:(13)

- Escala 0, el niño es sonriente, conversador, muestra el comportamiento deseado por el dentista de manera espontánea o cuando se le pide lo que genera facilidad para realizar el tratamiento dental.
- Escala 1, principalmente el niño se presenta inseguro, inquieto durante los procedimientos además protesta brevemente y demuestra incomodidad, su expresión facial es tensa. Usualmente aguanta la respiración en señal de ansiedad, sin embargo coopera durante el tratamiento.
- Escala 2, se manifiesta la tensión usualmente en la voz, las preguntas y las respuestas que brinda reflejan ansiedad. Durante procedimientos dolorosos se producen respuestas verbales, lloro sigiloso, tensión en las manos y movimientos de las manos sin interferir en el tratamiento.
- Escala 3, se caracteriza principalmente por la desgana al aceptar el tratamiento dental, hay dificultad para soportar el miedo, aumentan las protestas verbales y llora abiertamente, usa las manos para interferir con el procedimiento, usualmente el tratamiento se realiza con dificultad.
- Escala 4, principalmente es la ansiedad la que interfiere con el tratamiento, el llanto es generalizado y definitivamente no colabora con el tratamiento, produce gran movimiento

corporal por lo que a veces es necesario control físico, sin embargo todavía se puede establecer una comunicación.

- Escala 5, el niño se encuentra fuera de contacto con la realidad de la amenaza, el llanto es estrambótico, hay presencia de gritos y manifestaciones corporales como el sudor. No escucha y quiere escapar constantemente por lo que es necesario algún tipo de control físico para controlar sus movimientos.

3.3 NIÑOS NO COLABORADORES

En la actualidad los niños están expuestos a un entorno donde la distracción se consigue a través de la tecnología, aislándolos del juego con el resto de compañeros y la atención de los padres es mínima ya que los padres ahora dedican más tiempo al trabajo, lo que hace generar culpabilidad en la relación con su hijo. Sin olvidar que su periodo de escolarización empieza antes de tiempo y por lo tanto también hay una reducción en el tiempo entre padres e hijos; y empiezas a influenciar también en la vida del niño los aspectos sociales.

Un niño con alguna enfermedad crónica puede presentar problemas muy serios en la conducta ya que los padres premian sus acciones de una manera no coherente. Los niños necesitan límites, reglas y respuestas lógicas a sus actitudes. Es normal encontrar niños con problemas de colaboración en sus citas dentales. (13)

Los niños con aversión a la autoridad son pacientes consentidos, incorregibles, sobreprotegidos y rebeldes. Les cuesta mucho obedecer.

Esta no colaboración también se puede dar porque hay niños que muestran una conducta aprendida, TDHA, niños maltratados. (13)

Entonces mediante el uso de cualquiera de estas clasificaciones el profesional puede valorar cada paciente, y así primero enfocarse en evaluar la conducta del paciente durante la primera visita y luego enfocarse en la cooperación en las siguientes visitas.

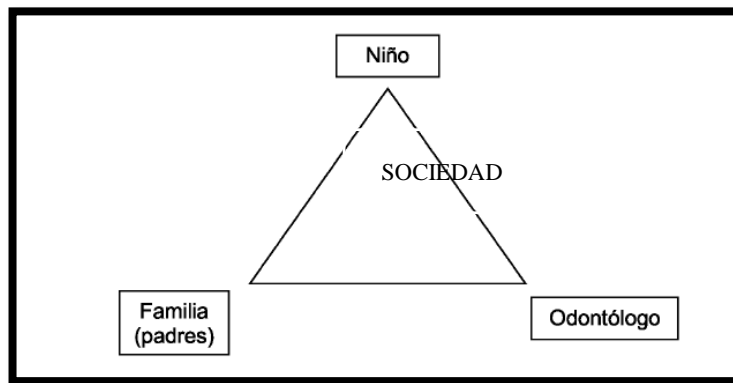
La primera visita es muy importante ya que la aceptación del niño depende directamente de esta, por ello es necesario invertir el tiempo suficiente en ella, y permitir de esta manera que el niño se adapte de manera gradual a la nueva situación que enfrenta.

3.4 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA ATENCION ODONTOLOGICA

En el desarrollo psicológico hay un permanente juego entre la herencia y el ambiente, este último es de compleja y variada naturaleza y explica la diversidad de la persona resultante. (1)

La interacción de factores naturales y de ambientales da como resultado el comportamiento y personalidad del niño.

FIGURA 5. *Triada odontólogo-niño-padre*



A. INFLUENCIA DE LOS PADRES

En el desarrollo psicológico ambos padres juegan un importante rol, sin embargo generalmente es la madre quien ejerce más influencia, debido al mayor contacto que tiene con ellos. (1) sin embargo el papel que juega la madre, puede ser de doble efecto. Unas veces sirve de gran ayuda por su comprensión con el profesional y en este caso, su posición en esta tríada: odontólogo-paciente-madre, es positiva. Pero otras veces su posición es negativa y más bien obstaculiza un buen manejo de su niño. Este tipo de madres se llaman “madres problema”, que resulta siendo a veces en mayor número y complejidad de manejo. (14).

Baumrind (1973) citado por Ramírez M., investigó estilos educativos de los padres, encontrando cuatro características principales de prácticas educativas, definidas como autoritario, permisivo, democrático y de negligencia-rechazo. En estos patrones de educación, los padres se muestran diferentes unos de otros. Igualmente, el grado de comunicación permite establecer las diferencias entre los distintos tipos de padres.

“Respecto al grado de control, existen padres que ejercen mucho control sobre sus hijos intentando influir sobre el comportamiento del niño para inculcar determinados estándares”. En cuanto a la comunicación padres e hijos, podemos encontrar padres altamente comunicativos, o de bajos niveles de comunicación; los padres comunicativos utilizan el razonamiento, tienen en cuenta la opinión de sus hijos, los animan a expresarse, escuchan razones; lo contrario, se observa en aquellos con bajos niveles de comunicación, son padres que no abordan los problemas con sus hijos, no explican las reglas de comportamiento. (15)

- Estilo autoritario. Son padres autoritarios, aplican normas estrictas y utilizan el castigo cuando el niño tiene mala conducta, no contribuyen al diálogo, conceden importancia a la obediencia y a las medidas disciplinarias y la comunicación padre e hijo es escasa.
- Estilo democrático. Son padres que demuestran afecto, tienen una comunicación significativa con sus hijos, evitan el castigo, son afectuosos, no son indulgentes, sino que dirigen, plantean exigencias e independencia, marcan límites, orientan y escuchan las ideas de sus hijos para llegar a un acuerdo con ellos.
- Estilo permisivo. Son padres con un alto nivel de comunicación, ofrecen afecto a sus hijos, aceptan conductas y actitudes no correctas, razonan, dejan hacer, no exigen orden, ni normas, pero no controlan a sus hijos y no utilizan el castigo.

MacCoby & Martin (1983) referenciado por Ramírez “proponen otros dos estilos, ya que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el democrático-indulgente que es un estilo permisivo y cariñoso, y el de rechazo-abandono o indiferente, que se caracteriza por una actitud fría, distante y asociada a maltratos”. (15)

- Estilo indiferente o de rechazo-abandono. “Es el estilo utilizado por padres que rechazan y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir; siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño”.
- Estilo permisivo-democrático-indulgente son los padres sobreprotectores, demuestran cariño, una buena comunicación con ellos, no utilizan el castigo, pero es difícil que orienten o controlen a sus hijos.

Cárdenas, a su vez identifica cinco tipos de padres donde se incluyen “factores objetivos, tales como el estado civil, la edad, el número de hijos y el grado de escolaridad, así como sus rasgos emocionales”, y distingue los siguientes tipos (15):

- Padres motivados: padres interesados en el tratamiento de sus hijos y su salud oral, participan y aceptan las recomendaciones del odontólogo.
- Padres ansiosos: son padres motivados y colaboradores, pero presentan alto nivel de ansiedad, lo cual puede ser inoportuno al momento de la consulta.
- Padres autoritarios: los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos con un determinado tipo de comportamiento, a este efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel. Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad.
- Padres manipuladores: son padres con intención de hacer sutilmente que el odontólogo haga lo que ellos desean en el tratamiento, pueden hacer que el odontólogo pierda seguridad y capacidad de decisión.
- Padres indiferentes: son padres desinteresados en la salud oral de sus hijos, no están atentos a las necesidades odontológicas, excepto cuando hay una urgencia, o necesidad estética.

B. INFLUENCIA DE HERMANOS Y OTROS FAMILIARES U OTROS ASPECTOS FAMILIARES

Se considera una familia funcional cuando el niño vive en un ambiente en el que existiese un padre y una madre que vivieran juntos. A diferencia de una familia disfuncional cuando el niño vive en un ambiente en el que existen madres y padres solteros, cuando están viviendo un divorcio o separación o sea huérfano.

Es muy importante que el odontopediatra tenga en mente la importancia que tiene el ambiente familiar en el que se desenvuelve el paciente pediátrico y lo relacione a la reacción que este tenga en la primera atención dental. Por ejemplo los padres y hermanos u otros familiares sirven de modelo para la conducta correcta e incorrecta y ellos premian o castigan los comportamientos de los niños. Entonces el tipo de familia, afecta radicalmente las expectativas de roles, creencias e interrelaciones que tendrán a lo largo de su existencia.

C. INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Otro factor a tener en cuenta es el modo en cómo ha socializado el niño, en términos de cómo se comporta en otros ambientes fuera de la casa, por ejemplo si creció o vive en un área rural o urbana; la condición sociocultural y económica de la familia; el estilo de la escuela o colegio al que asiste; la capacidad que tiene para interactuar con otros niños de su edad y la interacción con figuras de autoridad, diferentes de los padres. Conocer estos aspectos facilita, en términos de manejo, saber que le gusta al niño, discriminar situaciones u objetos que pueden ser reforzadores de su comportamiento y establecer niveles de comunicación que permitan generar empatía.

Existe una diferencia entre los niños que asisten a preescolar vs los niños que van directo a la escuela. La diferencia es que los niños que ingresan a una edad temprana a la guardería están relacionados tempranamente con otros niños de su edad por lo que tienen una gran ventaja. En el campo de la salud es más fácil entrevistar a este tipo de niños ya que se comunican mejor a diferencia de los que van directamente a la escuela, estos últimos tienden a ser más tímidos y no tienen un buen desenvolvimiento en la sociedad. (7)

D. INFLUENCIA DE ANTECEDENTES MÉDICO-ODONTOLÓGICO

Cuando el paciente llega a consulta, viene antecedido de una historia médico-odontológica que afecta su actitud. Es recomendable, antes de establecer una línea de acción, tomar un poco de tiempo para analizar con los padres las experiencias previas y las expectativas frente al tratamiento.

Antecedentes significativos como hospitalizaciones prolongadas, procedimientos dolorosos o la presencia de una enfermedad de base con un comportamiento sistémico definitivamente afectan la predisposición del paciente hacia el tratamiento odontológico.

Debemos investigar sobre el tipo de procedimientos que se han realizado, número de visitas, el comportamiento del niño que ha tenido frente a estos procedimientos y el trato que ha recibido de otros odontólogos. Es muy importante la relación que se establece con el paciente desde el primer instante ya que si es apropiada de ella dependerá el comportamiento futuro. Apresurarse a examinar al paciente sin haber analizado a detalle su historia puede convertirse en otra experiencia negativa. (7, 12)

E. COEFICIENTE INTELECTUAL

No existen muchos estudios sobre el coeficiente intelectual y la ansiedad en el ámbito dental, tanto los niños con coeficiente intelectual alto y bajo tiene miedo hacia el profesional. (16)

F. EDAD

En la edad si hay una relación con la ansiedad en el ámbito dental, ya que los niños más pequeños tienen mayor ansiedad, comportamiento inadecuado que los niños con mayor edad. (16)

G. SEXO

"No existen diferencias según el sexo en niños preescolares", las diferencias se pueden ver con la edad debido a la socialización. (16)

H. EFECTO DE LA DURACIÓN Y HORA DE LA CITA

Los pacientes con problemas de conducta o muy pequeños deben ser citados por la mañana, ya que no están cansados y pueden ofrecer mayor rendimiento. Los niños con problemas más difíciles de conducta se citaran a última hora de la mañana o en la tarde, cuando no tengan que esperar mucho tiempo para ser atendidos / o para que no provoquen un mayor disturbio en otros niños y se les pueda dedicar la atención requerida.

Con respecto a la duración de la visita en niños preescolares, las visitas deberán ser inferior a 30 minutos, ya que su atención disminuye pasado este tiempo; perdiendo su capacidad de colaboración. Se deben hacer pausas. El grado de atención en visitas largas, puede depender más de la personalidad del niño que del factor edad. Es importante que el tratamiento sea lo más rápido posible. (16)

Zahra J. (2018), en esta revisión sistemática se concluyó que se necesitan ensayos clínicos adicionales para establecer la duración del tratamiento adecuado para un manejo conductual más efectivo de los pacientes pediátricos durante los procedimientos dentales. Pero que hubo una tendencia general al deterioro del comportamiento de los niños con un aumento en la duración del tratamiento. (35)

I. COMPORTAMIENTO DEL EQUIPO ASISTENCIAL

Un personal auxiliar entrenado tanto en el área de atención y recepción como de asistencia clínica al lado del sillón dental desempeña un papel importante en la orientación del comportamiento.

El coordinador de la programación o recepcionista tendrá el primer contacto con un posible padre, generalmente a través de una conversación telefónica, por lo que el tono de la llamada debe ser acogedor y agradable. Este debe involucrar activamente a los padres para determinar las inquietudes principales del paciente. Esta conversación puede proporcionar información sobre la ansiedad o el estrés de los padres.

El personal debe ayudar a establecer expectativas para la visita inicial proporcionando información relevante y puede sugerir una visita previa a la oficina para reunirse con el odontólogo y hacer un recorrido previo a las instalaciones. Tales encuentros sirven como herramientas educativas que ayudan a calmar los temores y preparar mejor al padre y al niño para la primera visita.

El recepcionista suele ser el personal que recibe al niño a su llegada al consultorio. Es importante cuidar y asegurar que el niño sea bienvenido en la práctica durante la primera visita y posteriores. Estas primeras impresiones pueden influir en comportamientos futuros.

La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener una apariencia agradable. (16)

J. COMPORTAMIENTO DEL ODONTÓLOGO

De todas las características de la consulta que afectan el comportamiento del paciente, la preparación y entrenamiento del profesional es la más importante.

La preparación del odontólogo en el manejo del comportamiento influye de manera decisiva en la respuesta del paciente. Una actitud amable y serena pero a la vez firme y segura transmite tranquilidad al niño y sus padres, generando una mejor comunicación y cooperación. La habilidad

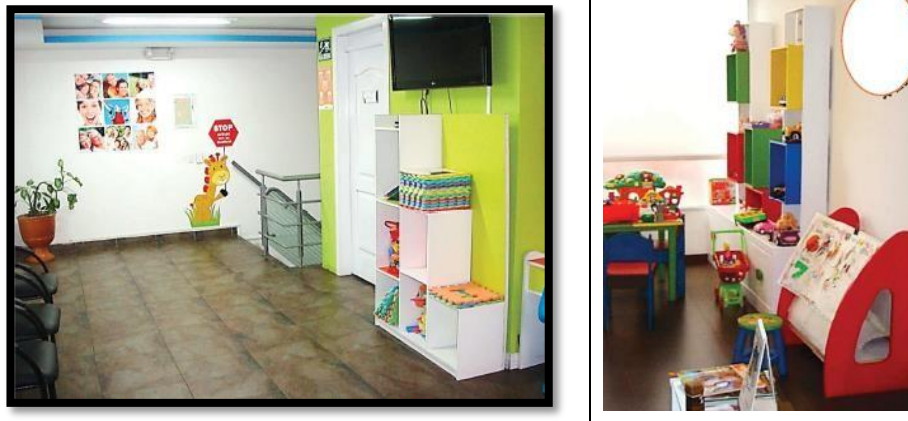
clínica del operador es también de sumo valor. La suma de todo esto le permitirá trabajar con eficiencia y calidad.

- **Actitud:** La actitud del odontopediatra, el lenguaje corporal y las habilidades de comunicación son fundamentales para crear una visita dental positiva para el niño y para ganar su confianza. Las conductas del odontopediatra y sus asistentes que ayudan a reducir la ansiedad y fomentan la cooperación del paciente son: brindar instrucciones claras y específicas, un estilo de comunicación empática y un nivel apropiado de contacto físico acompañado de severidad verbal. (15)
- **Atuendo:** La vestimenta clásica de color blanco y de diseño hospitalario, identifica a un personaje que en edades tempranas, ha causado algún tipo de malestar en el niño. El odontopediatra debe usar vestimentas atractivas pero sobrias, cómoda pero elegante, sin exageraciones con la finalidad de inspirar confianza en el niño y hacerlo sentir cómodo. (15) Laura Hermida (2017), realizó un estudio donde evaluó si la vestimenta era un aspecto importante para los niños y los padres y concluyó que la vestimenta influye en el vínculo entre el odontopediatra y su hijo/a; y el comportamiento del niño/a en el consultorio. (39)

K. EFECTO DEL AMBIENTE FÍSICO Y ATMOSFERA

Es un espacio diseñado especialmente para niños, no necesariamente debe ser lujoso, pero sí, suscitar comodidad y orden. La sala de espera constituye un elemento de gran importancia, allí, los padres y el niño tienen el primer contacto y puede ser de gran ayuda, disponer de actividades para la distracción de ambos, como la lectura, la música, los juegos o videos, que permitan, sentirse en armonía, antes de ingresar a la consulta (15).

FIGURA 6. Área para actividades y material didáctico en la sala de espera (17)





Es importante señalar que los pacientes ansiosos no deben esperar demasiado, de modo que tengan menos tiempo para absorber experiencias negativas; los tiempos de espera adicionalmente más largos les dan tiempo para recordar estímulos amenazantes.

Un entorno dental sensorialmente adaptado también podría ser eficaz para reducir la ansiedad e inducir la relajación. El concepto del entorno *Snoezelen* tiene como objetivo estimular los sentidos primarios como la vista, el tacto y el olfato, junto con la terapia centrada en el paciente.

Los muebles son los que facilitarán el rendimiento y trabajo de los odontopediatras y deberán ser adaptados a las necesidades, al tipo de trabajo, necesidad y función.

FIGURA 7. Sillones dentales pediátricos (17)



La obstrucción de sonidos es una modalidad implementada en la nueva arquitectura, nos permite aislar los sonidos externos, permitiendo la concentración en el interior, y así percibir únicamente el momento de la actividad clínica o educativa. (17)

La introducción de agradables olores en el entorno dental también puede ayudar a reducir la ansiedad al enmascarar el olor a eugenol y los posibles efectos ansiolíticos de los olores en sí. El olor puede desencadenar una serie de emociones y puede condicionar a un paciente negativamente hacia el tratamiento dental.

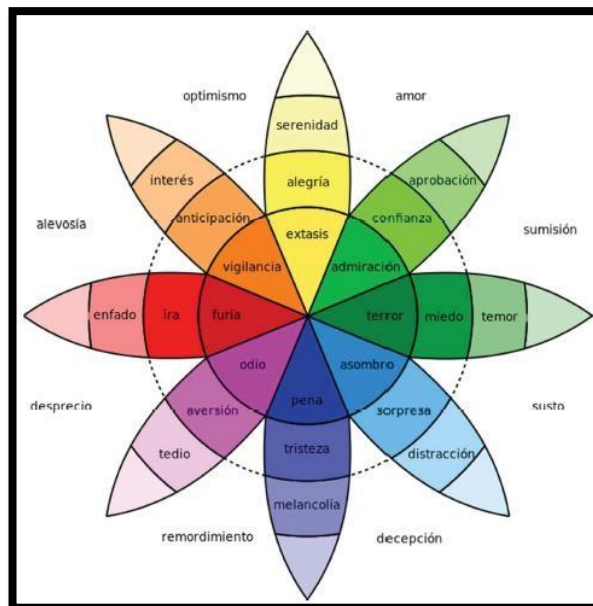
Los espacios deben tener buena iluminación, esta ayuda a la percepción de los colores. Los colores resaltan el aspecto de las áreas y deben ser usados de acuerdo a su actividad. (17)

PSICOLOGIA DE LOS COLORES

Los colores tienen las características de influenciar y causar efecto en las emociones, así como en la respuesta conductual del ser humano y sugiere ir moldeando y modificando características que se utilizarían en la terapéutica y servicios en general. (17)

En la rueda de las emociones según Plutchik, profesor y psicólogo categoriza colores y emociones, representa una emoción y equilibrio, combinando las propiedades monocromáticas con los diferentes matices, con las 8 emociones básicas.

FIGURA 8. Rueda de las emociones de Plutchik (17)



Una ambiente odontológico adecuada debe seguir parámetros de sencillez y armonía para que logre ser percibido por las personas.

CAPITULO IV

TIPO DE LLANTO DE PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

4.1 EL LLANTO

Desde su nacimiento, los bebés tienen una intención comunicativa y el llanto es la principal forma en que utilizan para expresar sus necesidades y sentimientos a sus cuidadores.

El llanto, como otras manifestaciones emocionales del comportamiento humano, es una expresión de la personalidad de un individuo. Después del año y medio de edad, el niño desarrolla una variedad de miedos y diferentes tipos de llantos usualmente relacionados con la necesidad de la compañía de su madre.

En el caso de un niño más joven, la frecuencia del llanto depende de su personalidad. El llanto excesivo casi siempre se debe a la mala administración, en la forma de no darle al niño el amor y la seguridad que él necesita y la incapacidad de permitirle aprender la independencia y practicar sus habilidades recién descubiertas. Los factores que gobiernan la cantidad del llanto incluyen la personalidad de la madre y su receptividad a sus necesidades, además influye la personalidad del niño y su determinación a controlar su entorno.

El manejo de un niño llorando es una de las situaciones más estresante que se encuentran en la odontología. Ya que muchos padres se quedan angustiados cuando sus hijos lloran durante la consulta odontológica. Esto es normal en los niños debido a la ansiedad frente a situaciones desconocidas o previas. En estos casos el profesional debe reaccionar y aliviar esta situación. Es importante hacer sentir al niño que estamos atentos a sus sentimientos.

4.2 TIPOS DE LLANTOS EN EL PACIENTE ODONTOPEDIATRICO

En la clínica dental, un niño no solo llora por miedo, sino por verdadero dolor, ansiedad o puede llorar solo para evitar el tratamiento a continuación se presentan los tipos de llanto más frecuente:

- **OBSTINADO:** Es un tipo de llanto, agudo fuerte y continuo se le compara como el de una “sirena”, suele ser resultado de la gran ansiedad que tiene el niño. Debería ser manejada antes de comenzar el tratamiento. (7)
- **POR TEMOR:** Acompañado de un torrente de lágrimas y sollozos, hipo, es un llanto silencioso. Son niños que llegan atemorizados, por lo que se les debe inspirar confianza. (7)
- **POR DAÑO:** Están directamente relacionados con una causa. Hay que detener el tratamiento inmediatamente. Puede ser un llanto fuerte en un momento dado, pero más frecuente. (7)
- **COMPENSATORIO:** Se trata de un lloriqueo continuo, monótono, que el niño emite para amortiguar el ruido. Usualmente se presenta en niños muy pequeños y lo hacen para distraerse. (7)
- **MANIPULADOR:** Es un rasgo característico de los niños, lloran por simpatía y escapan llorando o lloriqueando. (7)
- **POR ABURRIMIENTO:** Usualmente es un lloriqueo; a veces casi suena como un gemido. Este se detiene de manera abrupta cuando el tratamiento se detiene. (7)

4.3. ACTITUDES QUE SE DEBEN TOMAR DE ACUERDO A LOS TIPOS DE LLANTO

Las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante estos diversos tipos de llanto, ya que son varias las causas que lo provocan. Se va a requerir una actitud firme, el control de la voz debe ser claro. Además de comprensión y apoyo, para disminuir el miedo.

Cuando el especialista durante el procedimiento dental provoca involuntariamente dolor al paciente este reaccionara con llanto herido por lo que la situación se debe corregir inmediatamente. La técnica que se aplica va a depender mucho también de la empatía.

Los tipos de llanto pueden ayudar a entender cómo se siente un niño. Se ha observado que la conducta del odontólogo es influenciada por la conducta de los niños.

Los odontólogos muestran alto estrés frente a pequeñas muestras de llanto, a movimientos agresivos y gritos, de tal modo que ante esta situación el profesional debe tener un control de sus emociones.

CAPITULO V

TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN ODONTOPEDIATRÍA

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica la guía de conducta es un proceso continuo en el que interactúan el odontólogo, el equipo dental, el paciente y los padres dirigida a través de la comunicación y la educación, usando técnicas; que tienen como objetivo aliviar el miedo y la ansiedad, mejorar las habilidades de afrontamiento del niño, lograr la completa disposición y aceptación integral de la atención dental.

Para obtener la colaboración de un niño el odontólogo debe establecer una adecuada empatía y emplear una guía de la conducta que permita realizar un tratamiento efectivo y eficiente, e instalar en el niño una actitud positiva hacia la odontología. (1)

a. COMUNICACIÓN CON LOS NIÑOS/ LENGUAJE PEDIATRICO

Estos puntos son guías, no son reglas inflexibles, porque en el mundo de la odontopediatria uno siempre debe estar preparado para improvisar.

Con los niños más pequeños es mejor iniciar la conversación con elogios, seguido de preguntas que induzcan a una respuesta diferente a “sí” o “no”. Ya al empezar el tratamiento, la comunicación debe ocurrir de solo una fuente (Por Ej. Si el niño escucha órdenes de la asistente y del odontólogo, este se confundirá). (12)

El odontólogo debe acostumbrarse a usar en niños un lenguaje pediátrico que pueda entenderse y sustituir expresiones moderadas o eufemismos. Para evitar momentos ansiosos en el niño por dichas palabras. (13)

Ese lenguaje debe explicar las cosas sin engañar o mentir con las explicaciones. En general se habla siempre al nivel del niño o ligeramente superior, pero no se debe extender en la explicación, ya que incrementa la ansiedad. (31,32)

En caso de niños más pequeños se debe añadir algo de fantasía a la conversación. Estar siempre escuchándolo y atento a sus preguntas y permitirle que las haga y responder de una manera que no retrasen el procedimiento.

Nuestras instrucciones deben ser claras, concretas, razonables, despacio y con un tono de voz bajo que capte su atención.

CUADRO 8. *Lenguaje pediátrico. Términos amistosos para utilizar con los niños en la descripción de los procedimientos dentales. (13)*

EQUIPO/PROCEDIMIENTO	PALABRA AMIGABLE CON EL NIÑO
Pieza de mano de baja velocidad	Abeja zumbadora
Rotor neumático	Cepillo silbador, regadera para dientes, señor silbato
Chorro de aire, sedación	Aire mágico

por inhalación	
Anestésico local	Jugo de jungla, jugo dormilón, duerme dientes
Dique de hule / clamp	Impermeable /anillo
Succión	Aspiradora
Equipo de rayos x	Cámara de fotografía
Radiografía	fotografía
explorador	Contador de dientes

b. USO DE MATERIAL DIDACTICO

La didáctica es la rama de la pedagogía que busca incrementar técnicas innovadoras que puedan ser utilizadas por educadores y educandos como método del aprendizaje.

Lo que el material didáctico pretende es agudizar la capacidad de captación, al mismo tiempo que desarrollar habilidades creativas y apoyar la captación de información para luego procesarla con rapidez y que esta información sea interiorizada y perdure en el tiempo. (17)

Estos se pueden clasificar en: impresos, gráficos, mixtos, auditivos. En los impresos podemos encontrar a los libros, manuales interactivos y cuentos; en los materiales gráficos están los dibujos animados, ilustraciones; los materiales didácticos mixtos son las películas o videos, títeres; y los auditivos son las canciones, música infantil. (17)

c. VISITA PREVIA

Se programa una visita preliminar con los padres, donde el odontólogo da instrucciones y consejos para incrementar las posibilidades de éxito en la primera visita del niño a nuestra consulta.

Mediante la visita observacional se le realiza un recorrido y orientación al niño, donde se le explica que ese día no se le realizara ningún tratamiento. Así el niño tendrá su primer contacto con el equipo de la consulta y además podrá observar que realicen en otro niño que colabore. Todo esto sirve de preparación psicológica al niño y al padre para su primera visita de tratamiento. (13)

d. VISITA INTRODUCTORIA

Se realiza un procedimiento simple por ej. Examen clínico y Profilaxis, que permita una progresiva familiarización con el ambiente dental de manera agradable.

En casos que no se pueda establecer la visita previa, al realizar un tratamiento sencillo permite al odontólogo obtener más información acerca de la colaboración de su paciente. (13)

CUADRO 9. Recomendaciones preliminares para el odontólogo(18)

“LO QUE SE DEBE HACER”	“LO QUE NO SE DEBE HACER”
Conocer el nombre del paciente.	Documentar la historia del diagnóstico, las técnicas utilizadas y la evolución del comportamiento del paciente.
Presentar al paciente, saludarlo, estrecharle la mano y mirarlo a los ojos.	Utilizar lenguaje inapropiado y en tono infantil.
Permitir que vaya al baño antes de iniciar la cita.	Tomar o levantar al niño innecesariamente.
Permitir que se siente solo en el sillón dental.	Tomar al niño sin el permiso de la madre.
Hacerle preguntas al niño en forma de súplica que le permitan asumir el control, como “¿por favor, me abres la boca?”	Centrar la conversación con los padres e ignorar al paciente.
Ajustar la luz para evitar que incomode al paciente.	Hacer movimientos y mover el sillón dental sin avisarle al niño.
Dejar el instrumental fuera de la vista del niño.	Utilizar palabras amenazantes, como agujas, anestesia, dolor, inyección, sangre y cortar.

e. PRESENCIA/ AUSENCIA DE LOS PADRES

El papel de los padres tiene un valor fundamental en la atención del paciente, pero su presencia en la sala de tratamiento no siempre será oportuna, podrán estar presentes siempre y cuando colaboren con el odontólogo y no aumenten la ansiedad del niño.

Los padres deben mostrar seguridad y calma, para que el paciente reaccione de forma similar.

Antes de iniciar el tratamiento se aclara a los padres que no deben interferir de ninguna manera en la comunicación entre odontólogo y paciente. Ya que a veces, los padres en el intento de colaborar en el tratamiento pueden emitir ordenes que resultan ser contradictorias a las del profesional, siendo escuchadas por el niño, y así entorpeciendo la comunicación paciente- profesional e inhibiendo el manejo del comportamiento del niño.

Las únicas excepciones por las cuales no se da la separación de los padres son cuando el niño ha tenido experiencias previas médicas u odontológicas desagradables, cuando ha sido víctima de traumatismos dentales o cuando son pacientes muy jóvenes. En estos casos, la madre es nuestra mayor aliada y es quien nos ayuda para que el menor el cual no presenta suficiente madurez, enfrente estas situaciones desconocidas. (22)

Según algunos autores, conforme el niño crece la presencia de los padres es menos importante e incluso en ocasiones puede influir negativamente en la comunicación entre el odontólogo y el niño. Los niños de 5 años de edad o más tienen mayor capacidad de adaptación al tratamiento y son más independientes, por lo cual no necesitan estar cerca de la madre.

En conclusión el odontopediatra debe realizar una buena orientación presentando las opciones de métodos de abordaje de comportamiento para su hijo, involucrarlo en la toma de decisiones del tratamiento de su hijo y así crear un buen vínculo entre padres- hijos- profesional.

V. Boka (2014). Se realizó un estudio a donde 239 padres se le pregunto qué tipo de técnica aceptaría para el tratamiento de su hijo. Su conclusión fue que la técnica decir- mostrar-hacer fue la más aceptada por los padres griegos, pero que la técnica presencia/ausencia paterna tuvo la misma aceptación. Los padres con experiencia dental negativa (10%) preferirían la anestesia general sobre cualquiera de las técnicas de control activo o pasivo, mano sobre boca y control de voz. (38)

f. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es el procedimiento medico formal, en el cual se informa el tratamiento a realizar y la acciones a tomar. Estas deben ser aceptadas por una persona que tenga autoridad y responsabilidad por el paciente.

El consentimiento informado debe tener la información necesaria sobre el tratamiento y la técnica de abordaje a realizar (debe ser usado en técnicas como control de voz, mano sobre boca, restricción física, sedación), debe estar expresado en un lenguaje adecuado a nivel de comprensión del paciente para asegurar su entendimiento. (19)

5.1. TECNICAS NO FARMACOLOGIAS EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO

OBJETIVOS

- Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
- Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento.
- Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
- Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el paciente.

5.1.1. TECNICAS NO RESTRICTIVAS

A. TECNICAS COMUNICATIVAS

El abordaje del paciente se dará básicamente a través de la comunicación siendo esta verbal o no verbal o una combinación de ambas.

a.1. DECIR-MOSTRAR-HACER

Consiste en permitir que el paciente conozca con antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se realiza el procedimiento (hacer). (16)

El objetivo es disminuir el miedo del paciente, explicándole una situación que le es desconocida. Dando a conocer los instrumentos y procedimientos que serán utilizados en el paciente. (2, 22)

Su indicación sería que debe ser usada en niños a partir de los 18 meses de edad y no tiene ninguna contraindicación. (2)

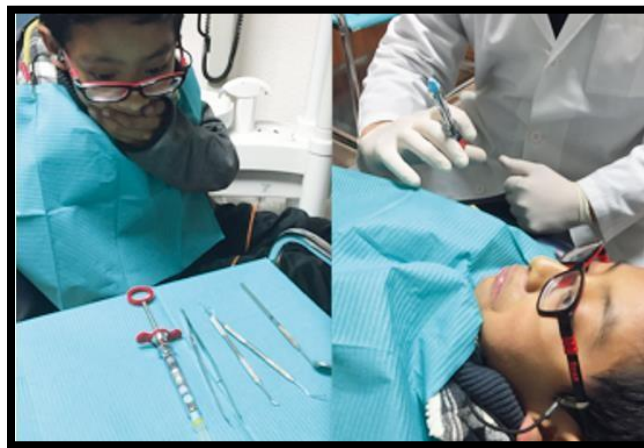
Esta es la técnica más popular y por ende la más usada por el odontopediatra. Su inconveniente es que requiere de mucho tiempo y puede que para obtener resultados se tenga que hacer más de una vez antes de iniciar alguna acción en el niño.

FIGURA 9. Técnica decir-mostrar-hacer. A) Explicación del tipo de instrumental a utilizar. B y C) Uso del mismo, siendo posible mostrar al paciente su utilización a través de un espejo.



Es muy importante evitar que los niños observen instrumental que pudiese generarles ansiedad o temor; tal es el caso de la aguja de anestesia, la cual debe ser siempre ocultada para evitar que el niño pueda perder el control si llegase a verla. Además, es muy importante evitar utilizar frases que den a entender al niño que será inyectado; siempre es preferible cambiar el contexto a frases más amigables. (31,32)

FIGURA 10. Excepción de técnica decir-mostrar-hacer. Bajo ninguna circunstancia se deben mostrar al paciente agujas o instrumentos punzocortantes que puedan ocasionar que el niño pierda el control de su conducta.



Vishwakarma ap. (2017), en su estudio comparo la técnica personalizada tell -play-do (TPD) con modelado en vivo para el manejo del comportamiento de los niños. A cada grupo se le realizo luego

una profilaxis y después de 7 días un tratamiento restaurador. Se evaluaron la frecuencia cardíaca, la escala de imagen facial (FIS) y el índice Venham; se usaron antes de la intervención, después de la intervención y durante el procedimiento dental para cuantificar el comportamiento ansioso. Al final se concluyó que los promedios de pulso, FIS y Venham fueron significativamente más bajos entre los niños que recibieron la intervención TPD en comparación con los que recibieron intervención de modelado en vivo.

TPD podría ser una técnica alternativa de modificación del comportamiento durante la odontología pediátrica. (36)

FIGURA 11. Técnica modelado vs técnica TPD (36)



a.2. DISTRACCIÓN

La técnica consiste en desviar la atención del paciente de lo que puede percibirse como un procedimiento incómodo. Para esto se puede usar diversos medios; uno de ellos puede ser el dar al paciente un pequeño descanso durante un procedimiento estresante, o también que tenga la posibilidad de escuchar un cuento, ver una película o escuchar música durante el tratamiento. (31,32) El objetivo consiste en disminuir la percepción de desagrado y evitar un comportamiento negativo. Esta técnica se puede utilizar en cualquier paciente, además no presenta contraindicaciones. (5)

a.3. ESCAPE CONTINGENTE

Se busca que el paciente tenga el control de la situación, de modo que con una indicación suya, por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento, por ejemplo, que el Odontólogo detenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea apropiado.

El objetivo es busca modificar un comportamiento disruptivo, mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente. (5)

a.4. TIEMPO Y FUERA

Es una variación del refuerzo negativo, para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento, dentro de la misma cita, o darla por terminada y pedirles al paciente y a sus padres que regresen cuando esté preparado para cooperar, Esta técnica solo debe utilizarse en estas situaciones.(5)

B. TECNICAS COMUNICATIVAS DE MODIFICACION DE LA CONDUCTA

b.1. DESENSIBILIZACIÓN

Es una técnica para disminuir determinados miedos aprendidos o reacciones fóbicas en pacientes con o sin experiencias dentales anteriores.

Los niños pierden sucesivamente el miedo, disminuye su ansiedad y aumentan su cooperación, a medida que suceden las visitas al consultorio dental. Para ello, se debe establecer un orden en los distintos procedimientos a realizar y así introducir al niño primero a las fases de tratamiento asociado con niveles de ansiedad bajos, pasando más adelante a las fases más complejas del tratamiento.

El niño debe llegar a un entendimiento de que algunos eventos son de hecho bastantes simples. El proveedor debe re climatizar las intervenciones de manera gradual. La comunicación y las aproximaciones sucesivas son más útiles para este propósito.(13,16)

b.2. MODELAMIENTO

La técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra empleando modelos, que son sometidos a circunstancias similares a las que ha de experimentar el paciente. Puede hacerse en vivo o por medio de videos. (5)

El modelamiento en la consulta odontológica sirve para (30):

- Estimular la adquisición de nuevas conductas.
- Facilitar conductas que ya existen en el paciente de una forma inadecuada.
- Desinhibir conductas evitadas a causa del temor.
- Suprimir temores.

FIGURA 12. *Técnica de modelamiento*



Paryab M. (2014), El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del modelado filmado en comparación con la técnica Tell-Show-Do (TSD) en niños de 4 a 6 años durante la práctica dental. Se midió el índice de frecuencia cardíaca y se registraron los comportamientos de los niños. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las medidas de la frecuencia cardíaca, la ansiedad clínica en los dos grupos. El modelado filmado puede ser un método alternativo eficiente a la técnica Tell-Show-Do en la preparación previa a la cita de los niños de 4 a 6 años de edad durante el tratamiento dental.(37)

b.3. REFUERZO

- REFUERZO POSITIVO

Se presenta un estímulo agradable para provocar la conducta deseada. Aquí el niño es recompensado por presentar el comportamiento deseado. La recompensa puede ser algo material como juguetes, pasta de dientes, cepillos, aplausos, etc.

La recompensa se otorga después de producirse la conducta deseada, mientras que el soborno se otorga antes de la presentación del comportamiento deseado. (5,30)

FIGURA 13. Refuerzo positivo. La entrega de un premio que recompense el buen comportamiento del niño es crucial.



▪ REFUERZO NEGATIVO

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento como retirar a los padres de la sala de trabajo condicionando su regreso a una mejoría del comportamiento; debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en combinación con el control de la voz, para expresar desaprobación.

El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos, que están contraindicados y generan una actitud negativa hacia el tratamiento. Las promesas realizadas para condicionar el comportamiento deben ser factibles, Inmediatas y siempre deben cumplirse. (5)

C. TECNICA AVERSIVA

c.1. CONTROL DE VOZ

Consiste en la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz con el objetivo de obtener la atención y comprensión del niño, establecer los roles apropiados entre el niño y el odontólogo, y revertir o evitar conductas negativas. Por ejemplo, el odontólogo puede hablar en voz alta a fin de llamar la atención del niño, sacándolo de su conducta interrumpida, o cuando este grita, simplemente para ser escuchado; una vez ganada su atención, el profesional puede bajar la voz ajustándola a la del niño. (1)

Esta indicado en pacientes mayores de 2 años y contraindicado en algunos casos donde niños menores a esta edad. (2)

FIGURA 14. Técnica control de voz. A) Establecer contacto visual con el niño es de gran importancia. B) Mostrar autoridad mediante el aumento en el tono de voz y lenguaje corporal. C) Susurrar cerca del oído del niño puede ayudar a calmar la ansiedad.



D. TECNICA PROHIBIDA

d.1. MANO SOBRE BOCA

Esta es una técnica muy controvertida, que no es incluida por la AAPD por ser considerada demasiado agresiva. Consiste en colocar la mano, suave pero firmemente, sobre la boca del niño, con el fin de aislar el sonido y establecer la comunicación.

Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz.

En ocasiones boca y nariz, impidiendo al niño respirar adecuadamente y por lo tanto inhibir el llanto por sofocación. Evidentemente el niño cesará el llanto. El retiro de la mano se condiciona a la colaboración del niño. (5)

Antes de aplicarla, se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres. Y está contraindicado en pacientes con problemas respiratorios de tipo prolongado o de paso (asma, resfrió, etc.). Pacientes con habilidades especiales o con limitaciones para comunicarse o comprender lo que sucede a su alrededor. (2)

El objetivo es establecer comunicación con el paciente y ejercer autoridad sobre él.

FIGURA 15. Técnica mano sobre boca.



5.1.2. TECNICAS RESTRICTIVAS FISICA/ LA ESTABILIZACIÓN PROTECTORA

En ciertas ocasiones es necesario recurrir a la inmovilización parcial o total del paciente. Se busca restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo.

Esta indicado en pacientes que necesitan atención urgente y/o tratamiento limitado y el niño no colabora debido a los niveles de desarrollo emocional o cognitivo, la falta de madurez o condiciones mentales o físicas. Está contraindicado en pacientes cooperativos no sedados, aquellos que no pueden ser inmovilizados de forma segura debido a una asociación de condiciones médicas, psicológicas o físicas.

El objetivo proteger la integridad física del paciente, con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con unos parámetros clínicos ideales de calidad. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y del personal auxiliar.

Pinkham describe dos tipos de estabilización:

a. ESTABILIZACIÓN PROTECTORA ACTIVA

Utilizada principalmente en bebés y preescolares que presentan actitud de resistencia con movimientos de cabeza, brazos, piernas durante el tratamiento y no se requiere de ningún dispositivo específico. La restricción de los movimientos la realizan los responsables, que deben inmovilizar las manos y rodillas del niño, y por la auxiliar, que sujeta la cabeza y coloca el abre bocas si es necesario.

(1)

FIGURA 16. Técnica de estabilización por protección activa



b. ESTABILIZACIÓN PROTECTORA PASIVA

Se realiza mediante el uso de instrumentos que ayudan a restringir los movimientos además de aportar seguridad, permitiendo que el dentista pueda ejecutar el tratamiento dental con eficacia y precisión (2). Los tipos de estabilización pasiva son (16):

- a) Abre bocas: se emplean en niños de 0 a 3 años, además aquellos que tienen necesidades especiales o aquellos que no colaboran con el tratamiento. Estos pueden ser: Monoblocks de silicona (Tipo McKesson), de metal (Molt, K&K) o descartables (tipo Open Wide o los confeccionados con baja lenguas y gasa).
- b) Macri: consiste en una hamaca con 2 orificios donde el niño coloca las piernas y de esta manera pierde el punto de apoyo.
- c) Paquete pediátrico de Walter: se emplea una sábana para ayudar a restringir el movimiento del niño.
- d) Papoose Board: consiste en una plancha plana con tirantes anchos de tela donde se coloca al niño y se envuelve la parte superior, media e inferior del niño.
- e) Pediwrap: consiste en un tejido delgado, resistente, con agujeros y además con tiras de muchos colores, los cuales envuelven al niño desde los hombros hasta los pies.

Adicionalmente se deben tomar las siguientes precauciones:

- El historial médico del paciente debe revisarse cuidadosamente para determinar si hay alguna condición médica (por ejemplo, asma) que pueda comprometer la función respiratoria.
- La rigidez y la duración de la estabilización deben controlarse y reevaluarse a intervalos regulares.
- La estabilización en torno a las extremidades o el pecho no debe restringir de forma activa la circulación o la respiración.
- La observación del lenguaje corporal y la evaluación del dolor deben ser continuas para permitir modificaciones de procedimientos ante el primer signo de angustia.

- La estabilización debe terminarse tan pronto como sea posible en un paciente que está experimentando estrés severo para prevenir un posible trauma físico o psicológico.

FIGURA 17. Técnica de estabilización pasiva con protección- uso de un Papoose Board. Nótese cómo se cubre el rostro del paciente con una mano para evitar que el niño vea la aguja de anestesia.



5.1.3. TECNICAS NO CONVENCIONALES

a. HIPNOSIS

La hipnosis, para saber de este tema se debe definir primero la sugestión. La sugestión es el primer paso a la hipnosis, en este proceso el individuo acepta la presentación de una idea, impulso o creencia sin tener necesariamente una razón lógica para hacerlo. La sugestión no necesita ser verbal y puede ocurrir en varios niveles sensoriales (oído, gusto, olfato, tacto, visual). (21)

Principalmente en los niños las técnicas hipnóticas están destinadas a manejar una serie de problemas comunes relacionados con la odontología, tales como la ansiedad dental, la fobia dental, específica, el control del dolor en el tratamiento conservador y extracciones, una mayor tolerancia para los aparatos de ortodoncia, también como complemento de la sedación por inhalación y la modificación de hábitos orales no deseados como el chuparse el dedo.

Las ventajas de la hipnosis en la odontología se han mencionado en la literatura y son las siguientes: (20)

- No se requiere equipo especializado.
- El paciente permanece consciente.
- No tiene enfoque farmacológico por lo que no tiene efectos secundarios o asociados con la contaminación del ambiente.
- Combina bien con sedación por inhalación de óxido nitroso
- Es seguro

Se sugiere que la hipnosis, combinada con técnicas convencionales de manejo del comportamiento, es una herramienta más capaz de ayudar a los niños a relajarse que las técnicas convencionales de manejo del comportamiento. (20)

Burke, en su artículo Hipnosis en Odontología, refiere que los niños entran fácil y rápidamente en el trance hipnótico, lo único indispensable es que el sujeto que va a hipnotizar a los niños se gane la confianza de ellos y conserve su atención. Sin embargo, según varios estudios, se debe tener en cuenta que el niño debe tener la capacidad de entender las explicaciones, lo cual excluiría a niños menores de 3 años y con deficiencias mentales severas. La evaluación de la susceptibilidad del paciente para la hipnosis debe ser basado en: la edad cronológica y mental del paciente, inteligencia, estabilidad emocional, y ambiente social (21)

b. MUSICOTERAPIA

Es una de las técnicas terapéuticas más acertadas al momento de tratar con la pedagogía infantil, por estar vinculada con la educación. (17)

La terapia musical combina los elementos: sonido, ritmo, melodía y armonía; para así tratar problemas de comunicación, aprendizaje, movilización, con el fin de lograr cambios favorables, satisfaciendo necesidades; permitiendo un equilibrio intrapersonal. (17)

Según Pérez, "La música acelera o retarda las principales funciones orgánicas". Este desarrolla la capacidad de atención, estimula la creatividad e imaginación, y por ultimo tiene efectos sociales ya que provoca y expresa el arte de transmitir un mensaje.

En odontología, la utilización de música en niños y adolescentes durante la práctica dental es considerada como una terapia de sugestión en donde el niño es animado a la fantasía. Según el estudio de Cruz y Díaz-Pizán, la conducta de los pacientes atendidos con música no varía de manera significativa si se los compara con aquellos que no reciben música durante su tratamiento, sin embargo aquellos que fueron atendidos con música mostraron una mayor satisfacción con el tratamiento y disminución de la sensación dolorosa.

Marwah et al. Evaluaron el nivel de ansiedad en un grupo de 40 niños entre 4 y 8 años de edad los cuales fueron divididos en 2 grupos, uno control y el segundo con elección de música ya sea clásica o música infantil que escucharían durante la cita odontológica. Los resultados más significativos los arroja la escala de ansiedad clínica de Venham que indicaba que el grupo de música clásica tuvo menos ansiedad que los otros grupos y al mismo tiempo el pulso era mucho menor que en los otros dos grupos, demostrando que la música, en especial la música clásica, es un buen método para disminuir la ansiedad de los niños en la consulta (33)

Con esta técnica la reducción de la ansiedad puede ser atribuida a dos razones. La primera, cuando un niño escucha música tiende a cerrar los ojos para concentrarse en el sonido por lo tanto olvida que va a recibir el tratamiento dental. Segundo, el sonido de la música va a eliminar los sonidos desagradables esto genera un efecto de relajación y permite manejar efectivamente al paciente ansioso.

FIGURA 18. Niño que está recibiendo tratamiento odontológico, concentrado en la música



c. TECNICA DE DISTRACCION AUDIO-VISUAL

Es una técnica común utilizada para reducir la reacción de dolor durante cortos procedimientos invasivos. Las técnicas de distracción como la observación de la televisión, el uso de la realidad virtual, las gafas audiovisuales y la música pueden ayudar a distraer la atención del niño de los estímulos que provocan ansiedad, lo que lleva a una experiencia relajante para el niño. (21)

El desarrollo de lentes virtuales con auriculares ajustables incorporados, que son fáciles de usar, cómodos para los niños y que no interfiere con el tratamiento dental, abre más oportunidades para el uso de esta técnica.

Sullivan et al. En un estudio de profilaxis dental en niños usando los lentes virtuales que los introducía en realidad virtual, todos los pacientes reportaron menos ansiedad y menos incomodidad, sin ninguna diferencia significativa entre el grupo de estudio y el control. No obstante, los pacientes expresaron su preferencia en usar los lentes de video en subsiguientes tratamientos.

Frere et al., demostraron que el uso de un sistema de distracción audiovisual (lentes virtuales) puede ser una opción beneficiosa para pacientes con ansiedad y miedo leve a moderado asociados con el tratamiento dental. Este sistema puede ser un complemento útil en los consultorios dentales para ayudar a reducir la ansiedad, malestar, aburrimiento y el tiempo para llevar a cabo procedimientos dentales de rutina. Para los pacientes muy ansiosos que ya utilizan técnicas de relajación autoinducidas para hacer frente al tratamiento dental no es recomendable usar este enfoque ya que puede interferir.

FIGURA 19. *Lentes virtuales*



Rajwinder Kaur (2015). Evaluó y comparo las ayudas de audio y audiovisuales en el manejo de pacientes dentales pediátricos ansiosos de diferentes grupos de edad, en visitas secuenciales (3 visitas dentales). Este estudio fue conducido en dos grupos de edad, es decir, 4-6 años y 6-8 años con 30. Cada grupo se dividió en 3 subgrupos, el grupo control, grupo de distracción de audio, distracción audiovisual. En este estudio se concluyó que la distracción audiovisual fue un modo más efectivo que la distracción solamente auditiva. (23)

Nidhi Agarwal (2017). El objetivo del presente estudio fue comparar la eficacia de anestésicos tópicos EMLA durante la inserción de la aguja con y sin el uso de ayuda audio visual. La conclusión fue que el agente anestésico tópico (EMLA) sin medios auxiliares fue menos efectivo para reducir los puntajes de dolor y mejorar la tasa de saturación de oxígeno. (24)

Kausar (2016). Este estudio clínico aleatorizado y cruzado incluye 15 niños (7 niños y 8 niñas), incluyo tres sesiones, con una semana de diferencia.

Durante la Sesión I, empleando la técnica Tell-Show-Do, se realizó limpieza dental profiláctica mientras los participantes miraban una película con interpretación de lenguaje de señas con / sin gafas visuales. Al final de la Sesión I, se utilizó la puntuación en el programa Smiley Faces para la evaluación de la ansiedad.

Durante la Sesión II y III, respectivamente, ambos grupos se sometieron a tratamiento pulpar de dientes equivalentes en los lados opuestos de la boca con / sin gafas de video, viceversa. Después del procedimiento, se instruyó a los niños para que calificaran su dolor durante el tratamiento en la Escala de Dolores Faces de Wong-Bakers (WB). Los cambios en el oxímetro de pulso y la frecuencia cardíaca se registraron cada 5 min. Se usaron pruebas t de muestras emparejadas y pruebas t de muestras independientes para evaluar la importancia de los cambios durante cada visita.

Se concluyó que la intervención psicológica de rutina (Tell-Show-Do) junto con la distracción visual con total visibilidad del entorno y el uso del sistema CDS-IS para el anestesia se recomienda como una técnica efectiva de manejo del comportamiento para niños con discapacidad auditiva sometidos a tratamiento dental invasivo. (26)

EFICACIA DE DISTRACCIÓN ÓPTICA AUDIO VISUAL Y ENTREGA COMPUTARIZADA DE ANESTESIA DURANTE TRATAMIENTO PULPAR EN MOLARES EN PACIENTES FÓBICOS

El presente estudio tiene como objetivo comparar la efectividad de las técnicas de distracción audiovisual (audiovisual con proyector sólo y audiovisual con video lentes), junto con la entrega computarizada de anestesia durante la terapia pulpar de molares primarios en pacientes fóbicos infantiles para reducir la ansiedad dental infantil. (25)

El estudio fueron niños de 4 a 7 años de edad para evaluar el nivel de ansiedad en los niños antes de los procedimientos de pulpectomía se utilizaron puntuaciones en la versión facial de la Escala Modificada de Ansiedad Dental Infantil (MCDAS).(25)

Después de revisar el historial médico y las radiografías, los pacientes del grupo A se sentaron y luego se colocó un video-gafas en los ojos de los pacientes y unidos al iPad.

A continuación, los pacientes fueron anestesiados por CDS utilizando "máquina de anestesia de diente único".

Después de completar el cuestionario MCDAS (f), los niños asignados en el grupo A, tuvieron una primera sesión de tratamiento endodóncico (pulpectomía) utilizando video-distractor audiovisual (AVD); Mientras que el grupo B había experimentado el mismo tratamiento mientras mira la película de su elección proyectada a través de un proyector en el techo sobre la silla dental sin gafas de video. Durante la sesión II, los niños del grupo A realizaron la pulpectomía en otro diente en un cuadrante diferente con AVD sin gafas, pero los niños del grupo B usaron gafas de video mientras observaban películas de dibujos animados de su preferencia mientras recibían terapia de pulpa.(25)

Al finalizar el procedimiento, el oxímetro de pulso se retiró y los pacientes fueron instruidos para calificar su ansiedad durante el procedimiento de tratamiento en la escala de dolor de las caras de Wong Bakers una vez más. (25)

En el grupo A, las puntuaciones medias de dolor de escala de caras muestran un aumento, aunque no significativo, entre la primera sesión de tratamiento cuando los niños usan video-gafas en comparación con la segunda sesión cuando ven la película sin usar gafas de video.

El vídeo de gafas puede ser mejor distracción que ver video proyectado en la pantalla como debido a los gafas oclusivas que proyectan las imágenes justo en frente de los ojos del usuario y, bloqueando los estímulos visuales y auditivos del mundo real.(25).

d. AROMATERAPIA

La aromaterapia es un enfoque de tratamiento alternativo, en el que se usan aceites esenciales de plantas aromáticas para producir efectos fisiológicos o farmacológicos positivos a través del sentido del olfato. (21)

Es una modalidad natural, no invasiva que ha sido diseñada para afectar de manera general a la persona y no solo específicamente a un síntoma o enfermedad, con la finalidad de ayudar a la capacidad natural del cuerpo para equilibrar, regular, sanar y mantenerse. Se ha demostrado que es más eficiente en el manejo de la ansiedad moderada que severa.

Estos aceites esenciales se pueden utilizar de 4 formas diferentes:

- Ingestión oral: mediante gotas, usualmente se estima de 4 a 7 gotas, directamente en la boca o bajo la lengua, también diluidas en un vaso con agua o en infusiones.

- Aplicación externa: en masajes o mediante la aplicación directa en centros energéticos específicos del cuerpo.
- Baños: se utiliza debido a que el agua es un excelente conductor del mensaje floral.
- Vaporización: la esencia podría emplearse mediante el uso de un difusor que se encargara de emitir vapor por lo que la esencia podría ser inhalada. La inhalación de aromas agradables como los aceites esenciales tiene un efecto ansiolítico y mejora el estado de ánimo.

El emplear aromas debe despertar sentimientos positivos, como motivación, felicidad, bienestar y relajación.

Según Andreson, una de las principales causas de deserción en pacientes durante la práctica dental es debido a la falta de calidez del dentista o su personal. Al emplear la aromaterapia se construye un ambiente cálido para el paciente, por lo que estarán menos predispuestos a sentir dolor y mucho más complacidos con el servicio ofrecido, lo que fortalece la confianza del paciente.

Los aceites utilizados en la práctica clínica deben ser aquellos cuyas propiedades químicas ayuden a aliviar problemas específicos. En individuos sanos, la inhalación de lavanda reduce significativamente los niveles de cortisol salival, cromogranina salival y cortisol sérico, aumenta el flujo sanguíneo y disminuye la conductancia de la piel galvánica y la presión arterial sistólica.

La terapia floral de Bach, es capaz de actuar de manera holística y ayudar a los niños a manejar una situación de conflicto y adaptarse a las nuevas circunstancias, además equilibra los niveles energéticos del individuo y es un método sencillo y económico para la aplicación durante el tratamiento.

5.2. TECNICAS FARMACOLOGICAS

La mayoría de los pacientes niños, se pueden tratar en un medio dental convencional, con guía de la conducta y bajo anestesia local. Sin embargo, existen niños en los cuales el control del dolor necesita ir más allá del bloqueo físico-químico de las vías anatómicas que lo conducen, ya que estos niños son incapaces de tolerar sin molestias los procedimientos dentales a pesar de una técnica anestésica adecuada. En ellos se debe adoptar otra medida con el propósito de controlar la ansiedad y poder realizar el trabajo odontológico requerido.

Las técnicas farmacológicas son: la sedación consciente, sedación profunda y anestesia general. De acuerdo a la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) se definen de la siguiente manera (1):

- A- Sedación mínima (Ansiolisis): Es un estado inducido por drogas durante el cual el paciente responde normalmente a las órdenes verbales. Aunque la función cognitiva y la coordinación están afectadas, las funciones cardiovasculares y ventilatorias permanecen sin variación.
- B- Sedación moderada o sedación consciente: es la depresión de la consciencia inducida por una droga durante la cual el paciente responde a los comandos verbales ya sea solo o mediante una ligera estimulación táctil. No se requiere intervención para mantener la vía aérea y la ventilación espontánea es adecuada. La función cardiovascular es mantenida usualmente.
- C- Sedación Profunda: "Es un estado controlado de consciencia deprimida o inconsciencia, a partir del cual no es fácil despertar al paciente; puede acompañarse de pérdida parcial o completa de los reflejos protectores, sumándose la capacidad para conservar en forma independiente una vía respiratoria permeable y reaccionar de modo intencional a la estimulación física o a las órdenes verbales. Solo puede ser aplicada por un profesional capacitado".(14)

D- La anestesia general: es la pérdida de la consciencia inducida por drogas en la cual el paciente no responde a la estimulación, pierde la función ventiladora independiente. Los pacientes generalmente requieren asistencia para mantener la vía aérea y se puede requerir ventilación positiva debido a la depresión ventilatoria o de disminución de la función neuromuscular por efecto de las drogas. La función cardiovascular puede estar disminuida.

En determinadas situaciones clínicas está indicada automáticamente la necesidad de anestesia general (16):

- ✓ Pacientes incapaces de cooperar, con una cierta discapacidad física, mental.
- ✓ Aquellos con necesidades odontológicas de restauración o quirúrgico para quienes la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergia.
- ✓ Pacientes que han sufrido politraumatismo oro facial o dental y /o requieran procedimientos quirúrgicos importantes.
- ✓ Múltiples dientes cariosos y abscesificados en niños muy pequeños
- ✓ Celulitis facial grave

El paciente cuando realice varias visitas al consultorio dental antes de estar seguro en la necesidad del tratamiento en esas visitas se debe determinar la conducta del niño, ya que muchas veces el padre quiere apresurar la atención con la anestesia general pero se debe ver de como el niño se comporta para así decidir qué plan de tratamiento es adecuado para el niño; si se observa que el niño por nada colabora ya se puede optar por la anestesia general.

SEDACION EN ODONTOLOGIA

Las técnicas de sedación en el consultorio utilizadas por odontólogos pediátricos producen un estado mínimamente depresivo o nivel de conciencia en el que el paciente conserva la capacidad de mantener una vía aérea permeable de forma independiente y continua, y es capaz de responder adecuadamente a la estimulación física o a órdenes verbales.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) los objetivos de la sedación son (27):

- Proteger la seguridad y el bienestar del paciente.
- Minimizar la incomodidad física y el dolor.
- Controlar la ansiedad, minimizar el trauma psicológico y maximizar el potencial para la amnesia.
- Controlar el comportamiento o el movimiento a fin de permitir la realización segura del procedimiento.
- Regresar al paciente a su estado fisiológico normal.

Indicaciones de la Sedación:

- Pacientes ansiosos y con miedo en los cuales las técnicas de modificación conductual no hayan sido exitosas.

- Pacientes que no puedan cooperar debido a una escasa maduración psicológica o emocional, o en pacientes con discapacidad física, mental o médica.
- Pacientes en los que el procedimiento de sedación reduzca el riesgo médico.
- Pacientes muy pequeños que sean poco cooperadores.
- Pacientes con necesidad de tratamientos muy extensos.
- Pacientes que requieran viajar desde muy lejos para recibir tratamiento.

La historia médica es muy importante, ya que es la que dará la información necesaria para saber cuál es el estado físico del paciente a quien se le administrará la droga para la sedación, y si esta podrá tener un efecto adverso en él. Es necesario realizar la anamnesis completa del paciente, así como el examen físico del mismo (inspección del paciente y de la vía aérea, auscultación pulmonar, saturación de oxígeno y signos vitales).

CUADRO 10. SIGNOS VITALES EN DIFERENTES EDAD

SIGNOS VITALES EN DIFERENTES EDAD			
EDAD (años)	Frecuencia cardíaca (latidos/min)	Presión arterial (mm Hg)	Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)
1 a 3	70 a 110	90 a 105/ 55 a 70	20 a 30
3 a 6	65 a 110	95 a 110/ 60 a 75	20 a 25
6 a 12	60 a 95	100 es de 120/60 a 75	14 a 22
12	55 a 85	110 a 135/ 65 a 85	12 a 18

La historia clínica debe incluir la siguiente información:

- Las alergias y reacciones anteriores adversas o alérgicas a medicamentos.
- Los medicamentos actuales, incluyendo la dosis, el tiempo, la vía y el sitio de administración.
- Las enfermedades o anomalías en el paciente.
- Hospitalizaciones anteriores, incluyendo fecha, propósito y evolución hospitalaria.
- Historial de anestesia general o sedación y cualquier complicación asociada.
- Revisión de los sistemas corporales.
- Edad en años y meses y peso en kilogramos.
- La evaluación física debe incluir lo siguiente: signos vitales, evaluación de la permeabilidad de las vías respiratorias que incluya el tamaño amigdalario, clasificación SAA, nombre, dirección y número de teléfono del centro médico del niño.

La Sociedad Americana de Anestesiología desde 1962 adoptó un patrón de referencia, denominado ASA (Sistema de Clasificación del Estado Físico) por sus siglas en inglés, el cual representa un método para la estimación del riesgo que presenta un paciente, al que se le va a realizar un procedimiento quirúrgico y que debe ser considerado a la hora de decidir si un paciente está apto o no para ser sometido a una sedación.

CLASIFICACIÓN ASA

CUADRO 11. Sociedad Americana de sistema de clasificación del estado físico de anestesiólogos.

ASA	ESTADO DEL PACIENTE
1	Paciente sano
2	Paciente con enfermedad sistémica leve sin limitación física
3	Paciente con afección sistémica grave con definida limitación de su capacidad funcional.

4	Paciente con afección sistémica grave e incapacitante la cual constituye una amenaza permanente para su vida.
5	Paciente moribundo quien difícilmente podrá sobrevivir más de 24hrs con o sin tratamiento quirúrgico.
E	Emergencia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El padre o tutor legal debe consentir el uso de sedación para el niño. Estas personas tienen derecho a recibir información completa sobre los riesgos razonablemente predecibles y los beneficios asociados con la técnica en particular y los agentes siendo utilizados, así como los métodos alternativos disponibles. Por tanto la explicación debe ser en términos claros y concisos que sean familiares para ellos. (28)

FIGURA 20. Ejemplo de una forma de consentimiento informado para uso de sedación o anestesia general para tratamiento dental pediátrico (12)

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE SEDACIÓN O ANESTESIA GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DENTAL PEDIÁTRICO

Yo _____, como padre o tutor legal responsable de _____, doy mi consentimiento para el uso de anestésicos locales, medicamentos sedantes o agentes anestésicos generales que el (los) Dr (es) (s). _____ considere necesario en el gráfico de examen del niño, como ya se me explicó a mí, y cualquier otro procedimiento que considere necesario o conveniente, como corolario al tratamiento previsto para _____, con excepción de: (si ninguno, así indicado). _____

Se me ha informado y entiendo que a veces hay complicaciones del tratamiento, los fármacos o agentes anestésicos, incluyendo pero no limitado a: entumecimiento, infección, inflamación, sangrado, decoloración, náuseas, vómito, reacciones alérgicas, daño cerebral, accidente cerebrovascular, o ataque al corazón. Además, entiendo y acepto que las complicaciones pueden requerir hospitalización e incluso pueden provocar la muerte.

El (los) Dr (es). _____ discutió conmigo, para mi satisfacción, estas complicaciones. Acuso recibo de y entiendo las instrucciones de pre y posoperación. Los procedimientos de tratamiento y sedación o anestesia me han sido explicados, hasta mi satisfacción, junto con los métodos posibles alternativos y sus ventajas y desventajas, riesgos, consecuencias y efectividad probable de cada uno, así como el pronóstico si no se proporciona el tratamiento.

He leído este consentimiento y comprendo, a mi entera satisfacción, los procedimientos a realizar y acepto los riesgos posibles.

Padre, madre o tutor legal responsable: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Testigo: _____

Yo certifico que he explicado los procedimientos anteriores a los padres o tutores antes de solicitar su firma.

Firma del odontólogo

Fecha: _____

INSTRUCCIONES A LOS PADRES

La información por escrito debe ser revisada con la persona que cuida al niño y entregada a esta persona. Junto con la notificación de la cita programada. Esta información debe incluir un numero de contacto de 24 horas para el personal encargado de este paciente.

Las instrucciones dietéticas deben ser las siguientes:

- Líquidos claros; agua, jugo de fruta sin pulpa, bebidas gaseosas, te claro hasta 2 horas antes del procedimiento.
- Leche materna hasta 4 horas antes del procedimiento.
- Fórmula para lactante hasta 6 horas antes del procedimiento.
- Leche no humana hasta 6 horas antes del procedimiento.
- Una comida ligera hasta 6 horas antes del procedimiento.
- El ayuno con óxido nitroso- oxígeno no es necesario.

Las razones para estas recomendaciones son:

- En primer lugar, la emesis durante o inmediatamente después de un procedimiento sedativo es una complicación potencial que puede resultar en la aspiración del contenido gástrico conduciendo a laringoespasmo u obstrucción severa de la vía aérea. La aspiración puede incluso presentar dificultades más adelante en la forma de neumonía por aspiración.
- En segundo lugar, porque la mayoría de agentes sedativos son administrados por vía oral, la absorción del fármaco es maximizada cuando el estómago está vacío.

Los padres o tutores también deben ser advertidos de lo que pasara después de la sedación. El cuidador debe saber que el niño al llegar a casa puede dormir varias horas y puede estar irritable y somnoliento durante hasta 24 hrs después de la sedación.

Es importante destacar la necesidad de una observación si el niño está durmiendo, para asegurar una vía aérea abierta.

SEDACION ORAL

Es idónea para los niños en los que el miedo y la ansiedad pueden disminuir su capacidad de comunicación; la administración es vía oral tiene la ventaja que puede ser dada por los padres, lo cual no produce miedo ni temor, también se puede calcular la dosis de cada pacientes evitando la toxicidad; siempre se debe dar por escrito todas las recomendaciones a los padres conservando una copia previniendo una dosis inadecuada, nunca se debe administrar una segunda dosis con el fin de complementar lo que nos ha aparecido insuficiente, por algún motivo la presencia de algún alimento, miedo, etc., se ha retrasado la absorción de la dosis inicial y ambas son absorbidas al mismo tiempo y causaran alta concentración sérica de un fármaco en el SNC, lo que puede llevar a una depresión respiratoria, colapso cardiovascular y muerte.(16)

VENTAJAS:

- Buena aceptación
- fácil segura, económica
- Pocas reacciones adversas

DESVENTAJAS:

- Depende del consentimiento del paciente
- Tiempo de acción no depende de la dosis
- a mayor dosis sedación profunda
- Absorción errática e incompleta
- No podemos alterar los niveles de sedación

BENZODIACEPINAS: Es un fármaco con amplio espectro de acción sobre el SNC, que se usan en procedimientos quirúrgicos por su potente efecto sedante. Tienen efectos cualitativamente similares pero existen diferencias cuantitativas en sus aspectos farmacodinámicos y en sus propiedades

farmacocinéticas en distintas aplicaciones terapéuticas; tienen sobre el SNC como acción ansiolítica, sedante, hipnótica, amnésica, anti convulsionante y relajante muscular.

- MIDAZOLAM, su dosis vía oral es de 0.25 hasta 1 mg/kg. La aparición de la acción cuando es administrado por vía oral es entre 20 a 30 minutos con una vida media de eliminación de 1 a 4 horas, lo que provee aproximadamente 30 minutos de tiempo de trabajo. Es el más usado en sedación en consultorio por un odontólogo pediátrico.
- DIAZEPAM (VALIUM), su dosis vía oral es de 0.2 a 0.5 mg/kg. Este es absorbido rápidamente en el tracto digestivo, alcanzando niveles elevados en 2 horas. Tiene una vida media de 20 a 50 horas. Tiene 3 metabolitos, los cuales son más ansiolíticos que sedantes.

ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS DE LAS BENZODIACEPINAS: Es una ventaja la existencia de antagonistas específicos que actúa sobre los efectos en el SNC de las benzodiacepinas y que además no presentan efectos farmacológicos intrínsecos de importancia, "El más utilizado en clínica es el flumazenil, que es un inhibidor competitivo del receptor benzodiacepinico que neutraliza los efectos hipnóticos, sedantes, anti convulsionantes, electro fisiológicos y bioquímicos de las benzodiacepinas"; también su corta vida media (50 min) por tanto hay que re inyectar si persisten los efectos depresores.(3)

Dosis: 0.2 mg IV en 15 seg y reinyecciones de 0.1 mg por minuto hasta un total de 1 mg

Presentación: Ampollas de 5 ml con 0.5 mg (1ml = 0.1 mg).

SEDACION INHALATORIA CON ÓXIDO NITROSO / OXÍGENO

Es una técnica segura y efectiva para reducir la ansiedad y mejorar la comunicación efectiva. Su inicio de acción es rápido, los efectos son fácilmente titulados y reversibles, y la recuperación es rápida y completa. Además, la inhalación de óxido nitroso / oxígeno media un grado variable de analgesia, amnesia y reducción del reflejo nauseoso. La necesidad de diagnosticar y tratar, así como la seguridad del paciente y del profesional, se deben considerar antes del uso de analgesia de óxido nitroso. Si la inhalación de óxido nitroso se usa en concentraciones superiores al 50% o en combinación con otros medicamentos sedantes, aumenta probabilidad de sedación moderada o profunda. En estas situaciones, el clínico debe estar preparado para establecer las pautas para la sedación moderada o profunda. (29)

Los objetivos de la inhalación de óxido nitroso /oxígeno incluyen:

- Reducir o eliminar la ansiedad
- Reducir el movimiento y la reacción adversa al tratamiento dental
- Mejorar la comunicación y la cooperación del paciente
- Elevar el umbral de reacción al dolor
- Aumentar la tolerancia para citas más largas
- Ayuda en el tratamiento de discapacitados físicos o mentales o pacientes medicamente comprometidos.
- Reducir las nauseas
- Potenciar el efecto de los sedantes

Esta indicado en pacientes temerosos, ansiosos o estrepitosos, en ciertos pacientes con necesidades especiales de atención médica, en paciente cuyo reflejo nauseoso interfiere con el cuidado dental; en pacientes sometidos a largos procedimientos dentales. Está contraindicado para niños con enfermedades pulmonares obstructivas, disturbios emocionales severos y enfermedades recientes (por ejemplo, congestión) que pueden comprometer la vía aérea.

EFFECTOS ADVERSOS Y TOXICIDAD

El óxido nitroso-oxígeno tiene un historial de seguridad excelente, con pocos eventos adversos. Las náuseas y los vómitos son los efectos adversos más comunes que ocurren en el 1 al 10% de los pacientes.

CONCLUSIONES

- El éxito de la atención odontológica en los pacientes pediátricos se basa en el entrenamiento y capacitación del odontopediatra y su entorno.
- Desde el primer contacto profesional- niño- padre es muy importante, ya que es aquella en la cual el odontopediatra debe tomarse su tiempo y detectar todo aquello que tenga que ver con la conducta del niño, de esta manera en las siguientes sesiones le dará una atención personalizada adecuada y así podrá ganarse la confianza del niño y del padre.
- La presencia de los padres en la atención dental es favorable en niños menores a 4 años por el vínculo madre- hijo. Sin embargo en niños mayores de 5 años, se debe evaluar tipo de padre para poder tomar esta decisión si el padre va a colaborar o no.
- Las técnicas no farmacológicas comunicativas y de modificación de conducta tienen una gran aceptación por los padres. La técnica más usada y aceptada es la técnica de decir- mostrar- hacer.
- Las técnicas no convencionales se dividen en: hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual, aromaterapia. La técnica con mejores resultados es la audiovisual ya que el paciente se sumerge en ese mundo y se desconecta totalmente del ambiente odontológico.
- El buen manejo de conducta de los niños reduciría la necesidad de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.
- Toda técnica usada y tratamiento realizado debe tener un consentimiento informado. El cual este en término sencillos y el padre de familia pueda entender e involucrarse y tomar decisiones en el tratamiento de su hijo.

BIBLIOGRAFIA

1. Castillo M., Perona G., Kanashiro C. Estomatología pediátrica. Ed. medica ripano. 2014. Pág. 72-77
2. Elías P. y Arellano S. ODONTOLOGIA PARA BEBES. Fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Ed. medica ripano. 2013. Pág. 42-43
3. Duggal M, Cameron A, Toumba J. Odontologia pediatrica. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. Pag. 20-30.
4. Corcuera Z. Relación entre el temperamento de la infancia y estrategias parentales. España; 2015.
5. Redondo M, Rangel I. Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad. Cartagena; 2014.
6. Jiménez M. Odontopediatra en atención primaria. Editorial Vértice; 2013. 17-45
7. Guaderas V. "Actitud de los padres y su interferencia en la primera consulta odontopediatrica de la clínica de la universidad de las Américas; 2016.
8. Mardomingo Sanz M.J. Trastornos de ansiedad en el niño. Una patología de nuestro tiempo. Volumen 19; 2012.
9. Calero, Aristizabal, Villavicencio. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. Rev. Estomat. 2012; 20(1):45-49.
10. García m., Seoane r., Romero m. El paciente como fuente de conocimiento. Características del paciente pediátrico y del paciente ortodóncico. Fuentes documentales y recursos docentes en odontopediatría y ortodoncia. (USC); Capítulo 4. 2014.
11. Loayza, Azanza. Eficacia de dos técnicas de acondicionamiento para la atención odontológica de niños de 6 a 10 años de edad de una escuela pública de Quito-Ecuador. Revista ALOP. Volumen 7, No. 2, Año 2017.
12. McDonald, Avery. Odontologia para el niño y el adolecente. Edicion Amolca. 2014.pg 30-31
13. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría. La evolucion del niño al adulto joven. Editorial Medica Ripano. 2012. Pgs 97-107
14. Aguirre p. Manejo de conducta de niños 4 a 8 años durante los tratamientos odontológicas realizados por los estudiantes de preclínica de la universidad de Huánuco 2016. Perú; 2017
15. Vergara C. Creencias y actitudes de los padres hacia la consulta odontopediátrica antes y después de la atención en la Fundación Hospital De La Misericordia en el primer semestre del año 2013. Bogotá- Colombia; 2013.
16. Figueroa C., Técnicas de manejo de conducta en las diferentes etapas. UIGV- Lima; 2017
17. Ricaurte Ch. Área de ambientación y motivación para odontopediatra. Universidad de las Américas; 2015.
18. Cadernas J. Odontología Pediátrica. 5ta edición. Fondo editorial CIB (2017)
19. Salete N. Odontopediatría. En la primera Infancia. Livraria Santos Editora. 2009.
20. Ramirez.C.A, et al.Effectiveness of Hypnosis in Combination with Conventional Techniques of Behavior Management in Anxiety/Pain Reduction during Dental Anesthetic Infiltration.Pain Res Manag. 2017; 2017: 1434015.[PubMed]
21. Quiroz-Torres J, Melgar R. Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(2): 129-136.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. 2015; 37(6):180-93.

23. Rajwinder Kaur, Ritu Jindal, Rohini Dua, Sandeep Mahajan, Kunal Sethi, Sunny Garg. Comparative evaluation of the effectiveness of audio and audiovisual distraction aids in the management of anxious pediatric dental patients. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* | Jul-Sep 2015 | Vol 33.
24. Nidhi Agarwal, Jayata Dhawan, Dipanshu Kumar, Ashish Anand, Karan Tan gri. Effectiveness of Two Topical Anaesthetic Agents used along with Audio Visual Aids in Paediatric Dental Patients. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017 Jan, Vol-11(1).
25. Kausar S.F., Hisham E.B. and Mehmet O.G. Effectiveness of audiovisual distraction eyewear and computerized delivery of anesthesia during pulp therapy of primary molars in phobic child patients. *Eur J Dent*. 2015 Oct-Dec; 9(4): 470–475. [PubMed]
26. kausar S.F.; mehmet O.G and Hisham el Batawwi; Effectiveness of behavioral modification techniques with visual distraction using intrasulcular local anesthesia in hearing disabled children during pulp therapy. *Eur J Dent*. 2016 Oct-Dec; 10(4): 551–555.
27. Morales, Mariana. Tipos de sedación utilizadas en odontopediatría. Revisión de la literatura. *Odous Científica*. 2017; 18(2): 60-73
28. Kawia H, Mbawalla H, Kahabuka F. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. *The Open Dentistry Journal*. 2015; 31(9): 455-461.
29. Galeotti A, Garret A, D'Antò V, Ferrazzano G, Gentile T, Viarani V, et al. Inhalation Conscious Sedation with Nitrous Oxide and Oxygen as Alternative to General Anesthesia in Precooperative, Fearful, and Disabled Pediatric Dental Patients: A Large Survey on 688 Working Sessions. *BioMed Research International*. 2016; 1-7.
30. Kawia H, Mbawalla H, Kahabuka F. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. *The Open Dentistry Journal*. 2015; 31(9): 455-461
31. Jain V, Sarkar S, Saha S, Halder S. Basic Behaviour Guidance Factors and Techniques for Effective Child Management in Dental Clinic- An Update Review. *International Journal of Oral Health and Medical Research*. 2016; 2(6): p. 177-182.
32. Singh H, Rehman R, Kadtane S, Ranjan D, Jain C. Techniques for the Behaviors Management in Pediatric Dentistry. *International Journal of Scientific Study*. 2014; 2(7): 269-272.
33. Alarco L, Casas L, Reyes M, Ramírez M. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. *Revista de odontopediatría latinoamericana*. 2017; 7(1): 1-9.
34. Gao X, Hamzah SH, Yiu CK, McGrath C, King NM. Dental fear and anxiety in children and adolescents: qualitative study using YouTube. *J Med Internet Res*. 2013 Feb 22; 15(2)
35. Jamali Z, Najafpour E, Ebrahim Adhami Z, Sighari Deljavan A, Aminabadi NA, Shirazi S. Does the length of dental procedure influence children's behavior during and after treatment? A systematic review and critical appraisal. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2018 Winter; 12(1): 68-76
36. Vishwakarma AP, Bondarde PA, Patil SB, Dodamani AS, Vishwakarma PY, Mujawar SA. Effectiveness of two different behavioral modification techniques among 5-7-year-old children: A randomized controlled trial. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017 Apr-Jun; 35(2): 143-149
37. Paryab M, árabe Z. The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study. *Dent Res J (Isfahan)*. 2014 Jul; 11 (4): 502
38. V. Boka. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014 Oct; 15 (5): 333-9

39. Laura Hermida , Florencia Puig , Andrea Braun , Diana Ram , Roberto Volfovikz. Children's and parent's preferences regarding the attire and sex of the pediatric dentist's. Actas Odontol. vol.14 no.1 Montevideo jul. 2017