

**“TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DE LA
CONDUCTA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISCAPACIDAD
AUDITIVA DE LA UNIDAD DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL RODOLFO
ROBLES VALVERDE DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO DE
2,015”**

Tesis presentada por:

NORA LUCÍA SALVADOR MONZÓN

Ante el tribunal examinador de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Septiembre de 2,015.

**“TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DE LA
CONDUCTA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISCAPACIDAD
AUDITIVA DE LA UNIDAD DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL RODOLFO
ROBLES VALVERDE DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO DE
2,015”**

Tesis presentada por:

NORA LUCÍA SALVADOR MONZÓN

Ante el tribunal examinador de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Septiembre de 2,015.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarta:	Br. Bryan Manolo Orellana Higueros
Vocal Quinto:	Br. Débora María Almaraz Villatoro
Secretario Académico	Dr. Julio Rolando Pineda Córdón

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dra Miriam Ninette Samayoa Sosa
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero	Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Secretario Académico	Dr. Julio Rolando Pineda Córdón

ACTO QUE DEDICO

A Dios	Por darme la fortaleza y sabiduría necesarias para alcanzar las metas de mi vida.
A La Santísima Virgen María	Por estar siempre a mi lado, iluminar mi camino y acogerme bajo su amparo.
A mis padres	Juan José y Juanita, gracias por enseñarme a hacer las cosas correctamente, por sus consejos, el amor, la dedicación la paciencia y el apoyo incondicional
A mis hermanas y hermano	Raquel, Fabio, Teresita, José Ernesto, gracias por el amor y apoyo que me han brindado en cada momento de mi vida
A mis sobrinos	Freddy José, Diana Sophía, Juan Pablo, Adrianita y Juan José, por su amor inocente y por conceder un toque de alegría a mi vida.
A mi novio, una persona especial	Aldo Omar, gracias por todos los buenos momentos que hemos compartido, el amor recíproco que nos ha mantenido unidos, y por alentarme a seguir adelante, eres parte de esta meta.
A la familia Aguilar Milián	Gracias por el cariño tan especial el apoyo y la amistad que me han brindado siempre, ya son parte de mi vida
A mi familia	Abuelos, tíos y primos gracias por hacerme sentir un miembro especial en la familia.
Amigos y compañeros	Por brindarme una sincera amistad, aunque no los nombre, cada uno sabe que los llevo en el corazón.

TESIS QUE DEDICO

A Dios y La Santísima Virgen María	Por concederme la vida y permitir gozar el privilegio de llegar a donde muchos no han tenido la oportunidad.
A mis Padres	Gracias por las buenas enseñanzas, sus esfuerzos y sacrificios.
A mis hermanas y hermano	Gracias por su paciencia y amor fraternal.
A mi novio	Gracias por enseñarme a tener determinación.
A la Facultad de Odontología	Que me ha brindado las herramientas y el conocimiento que me permitirán ser una persona productiva.
A la Universidad de San Carlos de Guatemala	Que ha sido mi casa de estudios superiores y que con mucho orgullo llevaré en alto su nombre.
A todos mis profesores	Que aportaron su granito de arena para llegar a este momento, el triunfo es de todos.
A mi Patria	Esta bella tierra que me vio nacer y donde pondré todo el empeño para ser útil a la sociedad.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

**“TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA DE LA
UNIDAD DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL RODOLFO ROBLES
VALVERDE DURANTE LOS MESES DE FEBRERO A JUNIO DE 2,015”**

Conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de
San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

SUMARIO	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. MARCO CONCEPTUAL	4
A. Antecedentes	
B. Planteamiento del problema	
C. Determinación del problema	
D. Justificación	
E. Determinación del problema	
III. MARCO TEÓRICO	11
A. Técnicas no farmacológicas para el control de la conducta	11
1. Técnicas comunicativas	14
a. Decir – mostrar – hacer	
b. Mano sobre boca	
c. Lenguaje pediátrico	
d. Control de voz	
e. Refuerzo negativo	
f. Refuerzo positivo	
g. Tiempo y fuera	
h. Escape contingente	
i. Desensibilización	
j. Modelado/imitación	
k. Distracción	
l. El toque sutil	
m. Comunicación no verbal	
n. Hipnosis	
2. Técnicas no comunicativas de inmovilización o restricción física	29
a. Restricción con abre bocas	
b. En la silla odontológica	
c. Hamaca especial	
d. Pediwrap, papoose-board y silla bebé confort	

e. En los brazos de la madre	
f. Rodilla a rodilla (knee-knee)	
B. Paciente pediátrico	32
1. Teorías del desarrollo infantil	33
2. Características generales de los niños a diferentes edades	34
C. La conducta humana	36
1. Evaluación y diagnóstico de la conducta	37
a. Tipo de llanto	
2. Factores intrasubjetivos que influyen en la conducta infantil durante la situación odontológica	39
a. Historia y antecedentes médico-odontológicas	
b. Condición general	
c. Rechazo – agresividad	
d. Dolor	
e. Condición psicológica	
f. Miedo y ansiedad	
3. Factores intersubjetivos que influyen en la conducta infantil durante la situación odontológica	45
a. Características educativas y culturales	
b. Actitud de la familia	
c. Clasificación del tipo de padres	
d. Presencia de los padres durante el tratamiento odontológico	
e. Separación de la madre/padre o acompañante	
f. Duración y hora de la visita	
g. Personalidad del odontólogo y personal auxiliar	
h. Modalidad de trabajo	
i. Aspecto del consultorio odontológico	
D. Clasificación del comportamiento del paciente pediátrico	54
1. Clasificación clínica del comportamiento de Wright	54
a. Colaborador	
b. No colaborador	

c.	Potencialmente colaborador	
2.	Escala de puntuación del comportamiento de Frankl	56
a.	Puntuación 1: definitivamente negativo	
b.	Puntuación 2: parcialmente negativo	
c.	Puntuación 3: parcialmente positivo	
d.	Puntuación 4: definitivamente positivo	
E.	El paciente discapacitado	57
1.	Discapacidad auditiva	58
2.	Características conductuales del paciente pediátrico con discapacidad auditiva	58
3.	Manejo clínico del paciente pediátrico con discapacidad auditiva	60
4.	Comunicación odontólogo-paciente	64
F.	Audición	65
1.	Umbral de audición	65
2.	Problemas de audición	65
G.	Hipoacusia	66
1.	Clasificación audiológica o cuantitativa	66
a.	Audición normal	
b.	Hipoacusia leve	
c.	Hipoacusia moderada	
d.	Hipoacusia severa	
e.	Hipoacusia profunda	
2.	Clasificación otológica o topográfica	67
a.	Hipoacusia conductiva o de transmisión	
b.	Hipoacusia neurosensorial o de la percepción	
c.	Hipoacusia mixta	
3.	Clasificación etiológica	68
a.	Prenatales	
b.	Perinatales	
c.	Postnatales	
4.	Clasificación locutiva	69
a.	Prelocutiva	

b. Perilocutiva	
c. Postlocutiva	
5. Clasificación según déficit auditivo	70
a. Hipoacusia unilateral	
b. Hipoacusia bilateral	
IV. MARCO METODOLÓGICO	71
A. Objetivos	71
B. Variables	71
C. Población y muestra del estudio	79
D. Criterios de selección	79
E. Consideraciones éticas	80
F. Los instrumentos	80
G. Diseño de la investigación	80
H. Análisis estadístico	80
V. MARCO ADMINISTRATIVO	81
A. Recursos	81
B. Proceso de aprobación	81
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	82
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	100
CONCLUSIONES	105
RECOMENDACIONES	108
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXOS	114

SUMARIO

El presente estudio fue realizado en la Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y oídos Dr. Robles Valverde donde se observaron las técnicas de control de la conducta, utilizadas en los pacientes con discapacidad auditiva que acuden a ella.

El estudio fue realizado con enfoque descriptivo donde se utilizó una muestra de cien pacientes de ambos sexos comprendidos entre las edades de tres a doce años.

Entre las variables tomadas en cuenta para el estudio se encuentran: las técnicas no farmacológicas comunicativas (mano sobre boca, decir-mostrar-hacer, lenguaje pediátrico, refuerzo positivo, refuerzo negativo, control de voz, tiempo y fuera, escape contingente, desensibilización, modelado, distracción, el toque sutil, comunicación no verbal y sugestión) y no comunicativas (inmovilización con abre bocas, en la silla odontológica hamaca especial para niños, pediwrap, papoose-board, silla bebé confort, en los brazos de la madre, rodilla a rodilla), la edad de los pacientes, el grado de agudeza auditiva y el tipo de comportamiento. Para ésta última, se utilizó la clasificación del comportamiento infantil de Wright.

Se determinó el número de técnicas de control de la conducta que se utilizó en el total de la muestra y la frecuencia de uso. Así como también el tipo y la frecuencia del uso de las técnicas en cada variable.

Los resultados obtenidos determinan que las técnicas de mayor uso en los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva son las no farmacológicas comunicativas, entre las que presentaron mayor frecuencia se encuentran: decir-mostrar-hacer-, refuerzo positivo, el toque sutil, distracción, comunicación no verbal, lenguaje pediátrico, escape contingente, desensibilización y modelado.

I. INTRODUCCIÓN

La Odontología representa una parte muy importante en la salud de la humanidad, es por ello que todas las personas deben recibir tratamiento, que puede ser preventivo, curativo o de seguimiento. Para lo cual, se debe recibir la educación pertinente que conlleve a que la Odontología sea parte de la vida diaria; pero para esto, el primer contacto o experiencia que se tenga con ella, determinará en gran medida la tendencia o perspectiva que se tenga de ella o incluso del grado de conciencia de la necesidad de atención odontológica y aceptación del tratamiento. Es importante que los profesionales de la Odontología y las familias de las niñas y niños conciban en su mente la idea clara y honesta de lo que se trata la Odontología. Esto se puede llevar a cabo a través de la utilización de herramientas psicológicas que enmarcan el manejo de la conducta de cada paciente cuando éste se encuentra en el consultorio odontológico. Dichas herramientas utilizadas para el control del comportamiento han sido ampliamente fundamentadas en el conductismo y la teoría del aprendizaje donde se expone el control de emociones.

Puesto que la información masiva que se maneja en el diario vivir acerca de la Odontología supone un riesgo en la estabilidad emocional de los pacientes incidiendo en miedo y ansiedad, más aún cuando son de corta edad, se debe poner mayor empeño en modificar la conducta, y que al paso del tiempo, cita a cita, ese paciente se sienta confortado y sólo de esa manera aceptará la Odontología como una actividad normal y necesaria en su vida.

Si a un paciente de corta edad, con ansiedad ante la Odontología se le añade un déficit sensorial, como la hipoacusia, ¿cómo se logrará obtener una conducta apropiada de éste ante tal situación? Pareciera que no es fácil, sin embargo, desde 1,925 los estudios de Evangeline Jordán acerca de los métodos de manejo conductual, han equipado a la Odontología con armas poderosas para brindar atención confortable, eficiente y eficaz para estabilizar, mantener e incluso modificar la conducta de cada paciente que visita un consultorio odontológico.

Si bien es cierto que la discapacidad auditiva en los pacientes infantiles pareciera un obstáculo muy grande para el odontólogo, éste debe lograr, como en todos los pacientes, un nivel óptimo de comunicación tanto con el paciente como con los padres, para que en conjunto logren alcanzar el objetivo de la Odontología de una forma confortable.

Indistintamente de la técnica o técnicas de control de la conducta que se elijan para atender pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, el punto crítico se encuentra en lograr una plena y eficaz comunicación, de lo contrario, todos los esfuerzos por tratar de convencer a un niño de la necesidad que tiene de aceptar un tratamiento odontológico son infructuosos.

Los grandes exponentes de la conducta humana señalan que la técnica de modelado es altamente efectiva para fines de manejo y control de emociones, al igual que decir mostrar hacer, desensibilización y muchas otras más que se ponen en práctica en forma complementaria para satisfacer las necesidades y demandas del paciente y de su tratamiento.

Es importante recalcar que cada paciente debe ser tratado individualmente, para ello se debe considerar los aspectos que pueden influir de alguna manera en la forma en que ellos se conducen, ya que existen muchos factores que pueden determinar o producir una conducta indeseada para la Odontología, por ejemplo, la edad, el tipo de comportamiento, experiencias negativas, la actitud de la familia, déficit sensorial y muchos otros que se ponen en juego durante la situación odontológica y que pueden llegar a afectar grandemente el éxito del tratamiento. De ello se deriva que los pacientes requieren cierta preparación psicológica por parte del odontólogo, ya que todo el desarrollo del tratamiento dependerá de cómo se realizó la preparación inicial.

II. MARCO CONCEPTUAL

A. Antecedentes

Según datos de la OMS, en 2004, más de 275 millones de personas en el mundo, padecían defectos de audición entre moderados y profundos. (27) Estos defectos pueden estar causados por enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión, parotiditis e infecciones crónicas del oído. Otras causas frecuentes son la exposición al ruido excesivo, los traumatismos craneoencefálicos, el envejecimiento y el uso de medicamentos ototóxicos. (27)

El Instituto Nacional de Estadística -INE- por encargo de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República -SBS-, en el marco de convenio de cooperación técnica no reembolsable, del Programa de Apoyo al Alivio de la Exclusión de la Población Discapacitada, suscrito entre el Banco Interamericano de Desarrollo y la SBS, desarrolló la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad -ENDIS 2005-, en la cual con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades, -CIE- utilizada en la ENDIS, los resultados de ésta pusieron de manifiesto que las discapacidades prevalentes en Guatemala son: visuales, deficiencias músculo esqueléticas, auditivas, mentales, del sistema nervioso, problemas del lenguaje y deficiencias viscerales, para un total de 401,971 personas; cuantitativamente para la discapacidad del tipo auditivo se estima un total de 72,685 personas que equivale a un 18.1%. (22)

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas. (41)

Si bien la Asamblea de las Naciones Unidas del 14 de enero de 1997, aprobó la Declaración de los Derechos de los Discapacitados, donde se establece la necesidad de protocolos de atención específicos para los diferentes tipos de discapacidades. La Odontología y Estomatología organizadas aún no han asumido el problema en lo que a especialidad se refiere. (27,41) En el

año 1981, declarado por las Naciones Unidas como “Año Internacional de las Personas Discapacitadas”, en Cuba se constituyó un Comité Nacional dirigido por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en el cual se incluye El Plan Nacional de Acción para la Atención a Discapacitados; donde se desarrolla el Programa Nacional de Atención Estomatológica basándose en la clasificación de pacientes según grupo de enfermedades, señalando como grupo III a aquéllos con déficit sensorial. (41)

La Odontología en pacientes especiales fue introducida como estudio de postgrado en la Universidad de Valencia en 1993, en otros países europeos ya se planteó un cambio curricular estomatológico para adelantarse a las necesidades del futuro; existen programas específicos de formación postgraduada sobre necesidades y cuidados especiales en Odontología. Asimismo, comienzan a organizarse departamentos y clínicas en ese sentido. Cada día se suman a la lista universidades de diferentes países que están tomando un enfoque muy particular en el estudio de las técnicas de atención de pacientes con alguna necesidad especial, entre ellas, las de orden sensorial específicamente las de tipo auditivo. Para ello, es fundamental el análisis de las técnicas del control de la conducta que se utilizan en el consultorio odontológico; por lo cual se debe tener especial cuidado en conocer la clasificación de la conducta infantil, para poder dar una atención odontológica adecuada en cuanto al tratamiento propiamente dicho y en particular, al manejo de la conducta del paciente que es lo que va a permitir brindar un servicio de calidad y calidez. (41)

En 1,961 el Dr. Jorge Mario Zebadúa, realizó un trabajo de investigación del manejo del niño en el consultorio odontológico, sin embargo a la fecha, en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala no se ha realizado investigación alguna a cerca de las técnicas de manejo del comportamiento del niño con afección sensorial. (47)

La persona que padece sordera puede ser un buen paciente, generalmente los niños con esta afección se encuentran estrechamente vinculados con sus padres y es útil la presencia de ellos en el consultorio, para actuar como interlocutor e intérprete entre el paciente y el odontólogo. Algunos necesitan especial preparación, pero su habilidad de descifrar las palabras a través del interlocutor es generalmente muy buena, posibilitando la recepción de información. Al recibir en el consultorio a un niño o niña se le debe ubicar dentro de la clasificación de la conducta

infantil, esto servirá para elegir la técnica del control de la conducta según sus necesidades, realizar adecuación de alguna o combinación de varias técnicas según sea el caso, ya que además de tomar en cuenta la conducta del niño se debe tener presente la edad y el nivel de discapacidad auditiva que éste presente. Dentro de las técnicas del control de la conducta existen varias clasificaciones, pero todas persiguen un objetivo en común, brindar un servicio pero a la vez, que éste sea bien recibido por parte del paciente y sus padres. Para ello, se debe basar la atención en ganarse positivamente la cooperación del paciente. (42)

En la actualidad existe controversia sobre las técnicas del manejo de la conducta utilizadas tradicionalmente en Odontopediatría, el rechazo por parte de los padres, así como las diversas implicaciones éticas y legales han llevado a que se revalúen muchas actitudes y técnicas, especialmente aquellas de tipo aversivo. (15,45) Esto ha implicado que recientemente se intensifique la investigación en este campo, con el fin de buscar nuevas alternativas para llegar a cierto grado de relajación del paciente que permita realizar el tratamiento odontológico, entre ellas: distracción audiovisual, hipnosis, musicoterapia y aromaterapia. Dentro de las técnicas no farmacológicas para el control de la conducta se aprecia una amplia gama, desde las comunicativas, entre ellas: desensibilización, decir-mostrar-hacer, modelado, manejo de los refuerzos, distracción, comunicación no verbal, lenguaje pediátrico, el toque sutil, control de voz, manos sobre boca, hasta las no comunicativas de restricción física con apoyo de aditamentos especiales según el requerimiento de la restricción de los movimientos para efectuar el tratamiento odontológico. (5,11,14,15,32) Estas últimas algunos autores las consideran aversivas y tienen sus limitaciones por ser ocasión de posibles demandas en algunos países. (15,45)

Particularmente se señalan de prohibida su utilización en pacientes considerados con retraso mental, sordo-ciegos o alguna consideración especial de salud o conducta del paciente cuando lleva un sentido de castigo y no en una forma terapéutica; sin embargo, no se revela la indicación de la utilización de alguna técnica específica en pacientes con discapacidad auditiva, en todo caso existe la advertencia de no utilizar la llamada técnica manos sobre boca, ya que dependiendo del grado de hipoacusia que éste tenga, no se cumple con el objetivo de la técnica. Algunos autores advierten que la forma en que un profesional debe tratar en la clínica dental a pacientes con problemas de audición, dependerá de la edad, desde cuando padece la hipoacusia,

la gravedad de la misma, los problemas asociados (dificultades de aprendizaje), habilidades de comunicación, factores familiares y la educación, etc. (2,27,28,36,41)

Existe una amplia gama de factores que afectan a los deficientes auditivos, por lo que es necesario tratarlos de una manera personalizada. (20,30) Algunos autores basan su teoría en que a los pacientes con hipoacusia, se les debe tratar como a un paciente auditivo normal en cuanto más se acerque al rango de audición normal en decibeles. Lo primordial en cualquier caso, es la comunicación que el odontólogo pueda llegar a entablar con el paciente y sus padres, ya que de ello dependerá la aceptación y el éxito del tratamiento. (19,30,33)

B. Planteamiento del problema

Se estima que la atención odontológica a pacientes pediátricos se basa en satisfacer las necesidades técnicas y emocionales. Puesto que la conducta de los pacientes está mediada por diversos factores que pueden intervenir en forma positiva o negativa en el momento de realizar los tratamientos odontológicos, es conveniente evaluar las causas que originan los diferentes tipos de comportamiento, pero más allá de esto, lo importante es determinar la forma de abordar el comportamiento de cada paciente.

El manejo o control de la conducta de los pacientes pediátricos requiere un entrenamiento y conocimiento del proceso de desarrollo infantil, en sus fases psicológica y cognoscitiva ya que, el tipo de comportamiento, la etapa de desarrollo comunicativo en la que se encuentre, los procesos de socialización, el grado comunicativo y el entorno social y familiar son determinantes para la elección de la forma de abordaje del comportamiento para tener éxito en el tratamiento odontológico. Aunado a esto, existen otros factores como el déficit sensorial, tal es el caso de la discapacidad auditiva que en algún momento pueda representar una barrera para el odontólogo durante la situación odontológica.

El cambio positivo de conducta de los pacientes pediátricos indica al odontólogo entre otras cosas, si su actuación durante la situación odontológica ha sido adecuada para modificar la conducta de sus pacientes y mejorar la adaptación de éstos a los procedimientos odontológicos.

La clave para obtener un alto grado de aceptación del tratamiento odontológico por parte de los pacientes pediátricos es invertir el tiempo suficiente y necesario desde la primera visita al

consultorio para que el paciente se adapte gradualmente a la nueva situación y que la asimile de la forma más conveniente posible. Para ello existen diversas técnicas de control de la conducta fundamentadas en el conductismo y la teoría del aprendizaje y aunque la literatura reporta varias clasificaciones, simplemente ha sido con motivos didácticos pero en realidad todas las técnicas persiguen un mismo fin. Sin embargo, surge la interrogante:

¿Cuáles son las técnicas de control de la conducta utilizadas para la atención del paciente pediátrico con discapacidad auditiva, en la Unidad Odontológica del Hospital Rodolfo Robles Valverde?

C. Determinación del problema

1. Definición

¿Cuáles son las técnicas de control de la conducta utilizadas para la atención del paciente pediátrico con discapacidad auditiva, en la Unidad Odontológica del Hospital de Ojos y Oídos Rodolfo Robles Valverde?

2. Delimitación

Alcances y límites:

Ámbito geográfico: Niños y niñas del Hospital de Ojos y Oídos del Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala.

Ámbito Institucional: Unidad Odontológica del Hospital de Ojos y Oídos Rodolfo Robles Valverde del Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala.

Ámbito Personal: Niños de ambos sexos con diferentes grados de discapacidad auditiva comprendidos entre las edades de 3 a 12 años que asisten a la Unidad Odontológica del Hospital de Ojos y Oídos Rodolfo Robles Valverde del Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala.

Ámbito Temporal: Todos los niños y niñas que asistan a la Unidad Odontológica del Hospital de Ojos y Oídos Rodolfo Robles Valverde del Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala durante los meses de enero a junio 2015.

Ámbito Temático: Se describieron las técnicas utilizadas para el control de la conducta en el tratamiento odontológico.

D. Justificación

En 2004, más de 275 millones de personas en el mundo padecían defectos de audición entre moderados y profundos; el 80% de ellos vivía en países de ingresos bajos y medianos, como es el caso de Guatemala. (27) En Guatemala, el acceso a la atención de tratamientos odontológicos es difícil, debido a varios factores entre ellos, económico, cultural, social y muy importante la limitación que tienen algunas personas que poseen algún tipo de discapacidad.

En el caso de la hipoacusia, aun cuando el paciente niño asiste acompañado del padre o madre de familia, prevalece una barrera que dificulta la comunicación entre el odontólogo y el paciente; interfiriendo en la comprensión de ambas partes en cuanto a las instrucciones que se puedan dar al momento de iniciar un tratamiento o durante el mismo y las preguntas que el paciente quiera expresar para obtener respuestas. En este escenario, las técnicas para el control de la conducta cobran una importancia relevante, debido a que para iniciar y llegar al éxito de los tratamientos odontológicos, es imprescindible contar con un nivel óptimo de comunicación en el triángulo padres-paciente-odontólogo. Sin ésta, será inútil toda la habilidad y destreza técnica por parte del clínico. (1,11,32,33)

La relación que debe existir entre el odontólogo y el paciente, se ve afectada por la sordera, que es la causa más importante de desórdenes de la comunicación en la niñez, y presenta un serio obstáculo en el desarrollo psicológico y social normal. La audición es muy importante para el desarrollo lingüístico, cognitivo, social y emocional de los niños. El aislamiento y la falta de información causada por deficiencias de audición, especialmente si estos son graves, pueden dar lugar a problemas en todas estas áreas. Los tres primeros años de vida son críticos para el desarrollo de habilidades perceptivas y motrices, la inteligencia y el lenguaje. Las personas que no poseen alguna discapacidad al estar en contacto con quienes sí la tienen, desarrollan habilidades para interrelacionarse, siendo la capacidad de adaptación la característica impresionante en el ser vivo, muy particular para la sobrevivencia, de modo que si se aprende o se estudian las formas de comunicarse con este grupo particular de personas, la comprensión será mucho mejor y en el caso de que éstas necesiten de la aplicación de un tratamiento, será de mucha utilidad la colaboración que muestre un paciente en el momento de efectuar el procedimiento que se necesita, además de la convicción de la necesidad del mismo. (8,16)

En la unidad odontológica del Hospital de Ojos y Oídos Rodolfo Robles del Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala, se atienden los niños y niñas que forman parte del programa del Hospital. Se brinda la atención odontológica en tres grupos, los cuales están clasificados por edad y grado de agudeza auditiva. Por ser una institución que brinda atención especializada, es importante conocer las técnicas del manejo de la conducta que se utilizan en dicha unidad.

III. MARCO TEÓRICO

A. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA

Un tratado pionero en las técnicas de control y manejo conductual del paciente infantil en la situación odontológica fue presentado por Evangeline Jordan en 1925, de ahí ha surgido mucha literatura que a nivel mundial ofrece respaldo para los profesionales de la Odontología en cuanto al manejo del paciente infantil. Durante los procedimientos dentales es muy importante tratar al niño paso a paso, de modo que se favorezca en él una actitud positiva frente a la Odontología. La evolución progresiva hacia una conducta deseada, considerada como éxitos progresivos, puede atribuirse a varios factores, entre ellos: la propia personalidad confiada del niño, preparación de los padres respecto a la visita y una buena capacidad de comunicación del equipo odontológico. Sin embargo, algunas situaciones dentro del consultorio odontológico pueden provocar ansiedad, muchas veces acompañada de una actitud negativa del niño frente a la situación odontológica. A pesar de ello, con unas técnicas psicológicas de modificación y manejo conductual, es posible controlar todos estos factores influyentes en el comportamiento y mejor aún sin llegar a la medicación. (5)

Es imprescindible tomar conciencia de la situación y de las estrategias que se pueden utilizar para brindar un mejor tratamiento a los niños. (1,5) El manejo y control del comportamiento se fundamenta en el conductismo y la teoría del aprendizaje, parte de una rama de la Psicología basada a su vez, en el control de emociones que plantea que el comportamiento de una persona es modificable mediante un proceso evolutivo, constante, de evaluación del paciente y adaptación de éste a los nuevos resultados. (11)

Tomando en consideración el objetivo de tratamiento del paciente y la factibilidad de realizarlo con técnicas apropiadas, se deben tener presentes los objetivos del manejo y modificación del comportamiento:

- **Calidad del tratamiento**

Ofrecer tratamiento de excelente calidad con una selección adecuada de las técnicas apropiadas, para poder realizar procedimientos acordes a los criterios clínicos aceptados. (5,11)

- **Seguridad**

Brindar protección a la integridad y seguridad físicas del paciente. (11)

- **Comunicación**

Es indispensable establecer una buena comunicación en el entorno, el paciente, los padres y el equipo de trabajo. En este rubro se incluye el consentimiento informado como parte de la comunicación que debe existir entre el profesional y los padres. (5,11)

- **Confianza y motivación**

Se debe contribuir al desarrollo de una actitud positiva para incentivar y motivar a los padres y al paciente a nuevas visitas de consulta o controles. (5,11)

- **Satisfacción y comodidad**

Realizar el tratamiento odontológico técnica y psicológicamente de la manera más satisfactoria posible en un ambiente relajado y cómodo. (5)

Las técnicas de control de la conducta se basan en principios científicos, las cuales ayudan al profesional, pero requieren de conocimiento, habilidad de comunicación, empatía y entrenamiento para conducir el tratamiento en el plano técnico y psicológico. La opción por las técnicas de abordaje del comportamiento va a depender del criterio del odontólogo, influenciado por factores observados durante la anamnesis y la aceptación de los padres. (14)

Modificación de la conducta previo a la consulta odontológica

En la Odontología han surgido diversos métodos para el manejo de los pacientes pediátricos, basados en los principios del aprendizaje social para modificar una conducta, desde una perspectiva que comprenda las relaciones odontólogo-paciente, entonces cualquier cosa que se diga o se haga con el objetivo de influir positivamente en la conducta del paciente antes de entrar a la sala operatoria, incluso si es acompañante de alguien a quien se le realizará un tratamiento odontológico, influirá en la actitud del niño en situaciones similares. (32,42)

Considerando que los niños tienen temor a lo desconocido y se vuelven aprehensivos por enfrentar situaciones nuevas, visitar al odontólogo antes de que reciba tratamiento puede

convertirse en algo familiar. (18) La aplicación de esta estrategia es de gran trascendencia, ya que, contribuye al desarrollo de una actitud positiva frente a la Odontología, facilita la aparición del comportamiento en una secuencia temporal más apropiada, produce desinhibición de las conductas derivadas del miedo e incluso, éste puede ser eliminado. De allí la importancia del confort de la primera visita al consultorio porque sirve como preparación del paciente pediátrico en la introducción a la Odontología. (46)

Modificación del comportamiento

Existen 5 elementos básicos en la modificación del comportamiento que pueden ser utilizados solos o en combinación; estos son: recompensa, refuerzo negativo, control total, modelado y no intervención. (39)

Reglas de aplicación

La práctica de la modificación debe seguir reglas precisas para que sea efectiva:

- **Ser consistente:** una vez las modificaciones del comportamiento han iniciado se aplicarán cada vez y en cada tiempo que estén indicadas.
- **Ser oportuno:** aplicar los elementos particulares en el tiempo preciso indicado.
- **Estar emocionalmente apartado:** No reflejarse en el comportamiento disruptivo del paciente.
- **Ser honesto:** nunca hacer un ofrecimiento que no se cumplirá.
- **Ser informativo:** comunicar claramente de manera que el niño pueda entender. Decirle al niño exactamente lo que se quiere que haga.
- **Ser comprensivo:** cuando sean necesarios los refuerzos negativos, siempre precederlos de una recompensa, ya que finalmente, el paciente mostró un comportamiento solicitado. (39)

En la literatura se presentan varias clasificaciones sobre la forma del abordaje del comportamiento infantil, todas comparten objetivos definidos y semejantes, las variaciones son fundamentalmente en la presentación didáctica; para el desarrollo de éste trabajo se clasificarán como técnicas comunicativas y no comunicativas. (5,11,25,32,39,42,45,46)

1. Técnicas comunicativas para el control de la conducta

La comunicación con el paciente infantil es el primer objetivo para dirigir su conducta, puesto que es la base para establecer la relación con él y esto permitirá la complementación de los procedimientos clínicos. En todos los casos, el abordaje del paciente se dará básicamente a través de la comunicación, siendo ésta verbal, no verbal y combinación de ambas. (5,14)

a. Decir-mostrar-hacer

“DMH, TSD (tell-show-do), EER (explicación-ejemplo-realización), triple E (explique-enseñe-ejecute), HMH (hablar-mostrar-hacer)”

Addleston 1959, elaboró una técnica que incluía varios de los conceptos de la teoría del aprendizaje a la que llamó tell-show-do (decir-mostrar-hacer) (18) que contiene elementos de desensibilización sistemática, y desde entonces constituye el fundamento para la modificación de la conducta. (5,25)

Ingersoll 1982, señala que decir-mostrar-hacer es un método de información-exposición de la información del comportamiento porque excluye el formato preparatorio de la desensibilización sistemática. Por otro lado, Mctigue 1984 describe el proceso de desensibilización de la técnica decir-mostrar-hacer como un proceso restrictivo en el momento en el que el niño presenta ansiedad o miedo en la situación odontológica. (25)

La técnica de Addleston consiste en aproximaciones sucesivas que sólo tienen éxito si el niño posee una visión global en todo el procedimiento. (1) Puede ser utilizada para obtener o mantener una buena conducta e iniciar al niño al mundo de la Odontología. (14) Se explican al niño los procedimientos que se efectuarán antes de comenzar cualquier maniobra (decir), mostrar al niño cómo se va a llevar a cabo el tratamiento, utilizando para ello todos los recursos sensoriales -visual, auditivo, olfativo y tacto- (mostrar) y realizar el procedimiento tal como se le ha explicado (hacer). (4,11)

No debe mostrarse todo sin excepción, ya que el número de instrumentos y cierto tipo de ellos o procedimientos, como anestesia local y todos aquellos que impliquen sangrado, pueden ocasionar incertidumbre en el paciente y generar ansiedad innecesaria. Es importante que durante la aplicación de esta técnica se utilice un vocabulario adecuado

para el desarrollo cognitivo del paciente, (14,15,32) además de utilizar un vocabulario sustituto al referirse al instrumental. (6) Las explicaciones no deben ser prolongadas ya que tienden a confundir al niño; en su lugar debe hacerse de manera sencilla y casual. La demostración será breve y simple, esto para que el procedimiento propiamente dicho continúe sin mayor atraso. (4,32)

Esta técnica es realizada con habilidades en la comunicación verbal, no verbal, lenguaje pediátrico y refuerzo positivo, agregando elogios a la secuencia DMH, ya que es preciso reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier procedimiento subsecuente. (4,24)

El éxito de esta técnica estriba en que todo procedimiento se debe realizar de manera sistemática; pasando de un estado a otro sin interrupción, y ha de ser continuo desde que el paciente entra al consultorio hasta que sale de él. (6) Al momento de mostrar los aparatos e instrumentos, éstos deben ser siempre mostrados de forma gradual, desde los menos ansiogénicos hacia los más ansiogénicos al igual que los tratamientos. (4)

Probablemente esta técnica es la más utilizada y generalmente se aplica en la primera visita y repetidas en cada procedimiento nuevo o desconocido aún dentro de la misma cita. Además se aplica en casos donde se necesita eliminar miedos principalmente en pacientes con experiencias odontológicas negativas o para que el niño se habitúe al ruido de los aparatos a través del acercamiento de los mismos en repetidas ocasiones, hasta alcanzar el objetivo. (14)

Objetivo de la técnica

Desarrollar una buena comunicación en los pacientes para introducirlos a la Odontología y disminuir ansiedad en pacientes con experiencias negativas. (11)

Contraindicaciones

Ninguna, sin embargo, es poco eficaz en paciente de corta edad. (7,11)

b. Mano sobre boca

Se conoce también como técnica de modificación del comportamiento mediante el condicionamiento aversivo, o con el acrónimo HOM. (46) Esta técnica consiste en restringir sutilmente pero a la vez con firmeza al niño que está protestando en el sillón dental. Para ello, se coloca la mano sobre la boca del paciente para dominar sus protestas y restablecer la comunicación, hablándole en voz baja pero clara al oído, indicándole que está actuando de forma inadecuada y que se retirará la mano ante el cambio positivo de su conducta y disposición a colaborar. Ante la reacción positiva del paciente, de inmediato se retira la mano y se le felicita. Enseguida se le platica una experiencia o anécdota sin relación con la Odontología, esta estrategia ofrece grandes resultados. (4,32)

Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se recomienda tener el consentimiento verbal y escrito de los padres. Nunca se debe utilizar como una forma de castigo o intimidación sino como un medio para distraer al niño de su mala conducta, restablecer la comunicación con él y que escuche en silencio la instrucción que se le dará. (11)

El profesional no debe reflejar una conducta de enfado (5) y el tono de voz utilizado no debe tener malicia, puede que la admonición surta efecto aunque parezca que el paciente no está escuchando. La técnica de la mano sobre la boca es una medida extrema y sólo deberá utilizarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios. (18) La aplicación exitosa de esta técnica, es el autocontrol del odontólogo y su capacidad para transferir un enfoque firme y compasivo y a la vez de apoyo en la redirección de la conducta infantil. (42) Puede ser utilizada en niños muy mimados con padres sobrecomplacientes, que se valen de berrinches para manipular la situación, o niños con conducta desafiante que no desean cooperar y saben cómo evitarlo. Si los padres quieren intervenir de una forma consoladora, sólo reforzarán la conducta inapropiada. (4,42) Si la técnica es bien empleada en los casos indicados, su eficacia es evidente y el niño no guarda resentimiento y por lo general, se convierte en paciente colaborador. (11)

Objetivo de la técnica

Restablecer la comunicación y ejercer autoridad sin intimidar. (4,11,18,32)

Contraindicaciones

Nunca debe ser utilizada en niños con coeficientes intelectuales bajos, pacientes que debido a su corta edad no tengan capacidad para cooperar o en casos de niños con dificultad en la capacidad lingüística o con padecimientos de naturaleza sensorial. (5,11)
Según algunos autores, la técnica de mano sobre boca no debe utilizarse en niños menores de seis años o de cualquier edad que no tengan capacidades de comunicación adecuada. (46)

c. Lenguaje pediátrico

Algunos autores consideran al lenguaje pediátrico como parte de una técnica, que debido a la edad del paciente se debe utilizar un nivel de lenguaje acorde a ella. Otros la catalogan como una técnica propiamente dicha, donde se eligen palabras (eufemismos) que sustituyen el verdadero nombre de los aparatos o instrumentos utilizados en el consultorio para no generar ansiedad en el paciente. Según Chambers, debe existir un ajuste entre lo que se pretende decir y lo que se entiende. (46) Es aconsejable utilizar frases apropiadas por parte del odontólogo y el personal auxiliar, puesto que para el niño las demarcaciones del lenguaje son la base para numerosas generalizaciones. (6)

Por lo general, a los niños les agrada sentirse alabados cuando se les juzga mayor de lo que en realidad son y sostener una conversación de algo curioso o un programa de televisión que esté de moda o entre sus favoritos. En niños más pequeños se puede añadir un poco de fantasía a la conversación. (32) Esta estrategia consigue aislar su atención de los procedimientos dentales y ganar confianza. (5)

Como parte de la técnica del lenguaje pediátrico se debe considerar dar un número reducido de instrucciones razonables y concretas, puesto que el niño no puede responder a todo en un tiempo corto. Además el mensaje debe ser claro en el sentido emisor-receptor y viceversa. (6,32)

Objetivo de la técnica

Elevar el nivel de comprensión y confianza en el paciente mediante la elección de frases y palabras que apunten a evitar o disminuir la suspicacia convirtiendo su experiencia en una situación favorable. (5,11,32)

Contraindicaciones

Ninguna, todas las técnicas de control de conducta llevan un componente de lenguaje pediátrico. (11)

d. Control de voz

Es una técnica de comunicación muy efectiva cuando se utiliza adecuadamente. Consiste en una alteración controlada del tono de voz por parte del odontólogo para direccionar e influenciar en el comportamiento del paciente y mostrar con firmeza la presencia de la autoridad del profesional, (11,32,46) sin embargo, no debe confundirse con gritar al paciente ni enfadarse con él. Se puede utilizar esta técnica con pacientes que tienen capacidad verbal desarrollada y que poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular y cuestionar la autoridad. (11) Para Chambers esta técnica no constituye una forma de comunicación si se utiliza sólo la voz; por eso es importante utilizarla con formas comunicativas entendidas por el paciente. (46)

Es importante hacer énfasis que en la aplicación de esta técnica debe haber una combinación de comunicación verbal y no verbal puesto que la información es transmitida además de las palabras, con gestos, expresión facial, postura y contacto visual. (34)

Albert Mehrabian comprobó que el impacto total de un mensaje es verbal en un 7%, vocal (incluyendo el tono de la voz, los matices y otros sonidos) en un 38% y 55% no verbal. De lo cual, las palabras transmiten la información, mientras que el lenguaje del cuerpo y el tono de voz transportan la relación y el tono emocional del mensaje. (34) Entonces no importa tanto lo que se dice, sino, cómo se dice. Y si lo que se desea es influenciar directamente sobre la conducta del paciente, esto será factible por el cómo y no por el entendimiento de la información que se dice. (15)

Objetivo de la técnica

Desviar la atención del paciente de su conducta inadecuada, establecer comunicación y demostrar autoridad. Rechazar el comportamiento inadecuado a la situación odontológica. (11,32,46)

Contraindicaciones

Pacientes con diversas afecciones sensoriales y mentales o aquellos que debido a su corta edad no asimilen el objetivo de la técnica. (11)

e. Refuerzo negativo

Esta técnica busca modificar el comportamiento desfavorable para la situación odontológica. (25) Consiste en la eliminación de algo que constituye un atractivo para el paciente, condicionando su regreso ante la mejoría de su comportamiento. (32) Al igual que en la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe realizarse inmediatamente y de manera repetida. Por lo general se utiliza en combinación con la técnica de control de voz para expresar desaprobación y autoridad. Los refuerzos negativos no deben confundirse con castigos, los cuales están totalmente fuera de la Odontología, ya que generan actitudes negativas en los niños. (11)

f. Refuerzo positivo (regalos/premios y sobornos)

Esta técnica se basa en el condicionamiento operante de la teoría del aprendizaje, (24) donde se envuelve la asociación de una nueva respuesta a un antiguo estímulo, por la aplicación de los estímulos de refuerzo adecuados. Cualquier comportamiento que sea reforzado tendrá una probabilidad mayor de ocurrir nuevamente en la misma situación o parecida. (15)

Existe un acuerdo general en hacer regalos a los niños en la consulta odontológica, puesto que actúan como una forma de recompensa ante una conducta favorable e incluso por su asistencia al consultorio. (46) La técnica de refuerzo positivo o de recompensa se puede definir como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro exhiba esa conducta. (4,14,32) Lo importante de realizar el refuerzo positivo es que no se haya prometido con anterioridad y que se

realice inmediatamente después de que ese comportamiento haya ocurrido, con el objetivo de condicionar la conducta positiva. (11) La recompensa puede constituirse por un halago, una sonrisa, una palmadita, un pequeño obsequio, un apretón de manos o incluso irse a casa, (39) pero una de las que más busca el niño es la aprobación del odontólogo, por lo tanto, que el profesional reconozca la conducta colaboradora del paciente influye grandemente para que éste continúe mostrándola y constituirá una meta impuesta por sí mismo y hará todo lo posible por conservar y mejorar el nivel de buen comportamiento que él mismo estableció. Es de suma importancia saber que lo que se recompensa o felicita es la conducta del niño y no al niño. (18)

Finn hace una diferenciación entre regalo y soborno. Un soborno es algo que se da para inducir un comportamiento determinado; mientras que una recompensa es el reconocimiento ante una buena conducta y que se otorga posteriormente al procedimiento sin haberla prometido de antemano al paciente. Puesto que la línea fronteriza entre regalo y soborno es muy estrecha, se puede cometer el error de pasar de un campo al otro obteniendo una consecuencia totalmente divergente en el comportamiento deseado del paciente. (46)

Algunos padres en su afán de conseguir que sus hijos colaboren en la situación odontológica, cuando éste se ha inquietado, prometen regalos incluso adquirirlos al salir del consultorio o amenazarlos que ya no se les dará lo que se les había prometido. Esto es totalmente contraproducente para la conducta que se busca en Odontología, ya que el soborno sólo reforzará la conducta negativa del niño. Por eso es importante la comunicación con los padres, para que ellos no prometan a sus hijos “premios” en casa relacionados con la situación odontológica, ya que ocupan el lugar de chantajes ante la conducta inadecuada. (4,46)

Objetivo de la técnica

Reforzar las conductas positivas y que éstas sean repetidas. (4,11,14,18,24,32)

Contraindicaciones

Ninguna, todos los pacientes reaccionan favorablemente repitiendo una buena conducta cuando se es reconocida. (11)

g. Tiempo y fuera

Es una variante de la técnica de refuerzo negativo, pero aplicada en pacientes de mayor edad. Consiste en suspender por unos minutos el procedimiento que se está efectuando o darla por terminada y solicitar al paciente y a sus padres regresar otro día cuando el paciente esté dispuesto a colaborar. Únicamente se puede usar esta técnica en situaciones muy específicas con pacientes adolescentes y preadolescente que posean alto grado de desarrollo emocional, un pleno entendimiento y muy buena colaboración de los padres. (11)

Objetivo de la técnica

Modificar un comportamiento perturbado mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento odontológico dependa casi en su totalidad de su voluntad propia de cooperar. (11,42)

Contraindicaciones

Pacientes que no posean una madurez y desarrollo emocional que les permita comprender el objetivo de la técnica. (11)

h. Escape contingente

Aunque con frecuencia se reconoce la necesidad de que el ser humano tenga cierto control sobre los sucesos de su vida, los pacientes pediátricos muchas veces reciben tratamientos sin esta consideración. Consecuentemente cuando una persona menor o adulta no tiene un recurso de control, los sentimientos de vulnerabilidad, atrapamiento o sentimiento de víctima, acentúan o exacerban el temor o la ansiedad; lo que el paciente percibe es que sin control, la situación odontológica se puede tornar peligrosa. (42)

Con el escape contingente se persigue que el paciente tenga cierto control de la situación, de modo que al inicio del procedimiento se le explican las reglas

proporcionándole poder de elección, más no de decisión. (42) Es muy eficaz en pacientes con desarrollo emocional e intelectual que les permite comprender la técnica. Los procedimientos que fomentan un sentimiento de control en los pacientes niños consisten en darles alternativas (poder de elección) por ejemplo, que cuando levante la mano se puede interrumpir por unos segundos el tratamiento, dejar que ayuden en él, manipulando algunos objetos como el aspirador de saliva o sostener un espejo en las manos para observar el procedimiento cuando se le permite. Otra opción de control que se le puede otorgar es darle a elegir el cuadrante donde se le inicie a tratar. Con esto implícitamente se le está indicando que se le trabajará (decisión) pero él sólo elige el lugar. Parte de la técnica es que el sentimiento de control debe ser condicionado a un buen comportamiento. (11,32)

Objetivo de la técnica

Modificar un comportamiento perturbado y disminuir el nivel de ansiedad mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente que le otorga el sentimiento de control. (11,32,42)

Contraindicaciones

Pacientes que por diversas causas como inmadurez emocional, corta edad, falta de desarrollo de la comunicación verbal, no pueden comprender la técnica. (11,32,42)

i. Desensibilización

Esta técnica es muy utilizada en Psicología para la eliminación de los miedos y fobias. La técnica utiliza dos elementos que incluye métodos de relajación; el primero es describir escenas que tienen relación con el miedo o fobia y que se presentan de forma gradual. El otro elemento es la inducción de una situación de compatibilidad con el miedo; de manera que poco a poco se van introduciendo situaciones cada vez más próximas al objeto o situación temidos. (5,25,42)

En Odontología se utilizan variaciones de la técnica clásica, ya que no es necesaria una relajación muscular total ni la exposición de situaciones imaginarias. Se puede utilizar

técnicas de respiración para estabilizar la frecuencia cardíaca y en consecuencia se obtiene una relajación en el paciente. (6)

Es preciso establecer una escala de dificultad y de ansiedad de los diversos procedimientos que se realizarán e introducirlos paulatinamente, primero los que puedan producir menos ansiedad para terminar con los más difíciles. Se trata de romper vínculos entre el objeto o la situación temida y los condicionantes que los provocan, esto para cumplir con los dos elementos necesarios para la efectividad de la técnica. (8,25) Con esta técnica el paciente aprende a sustituir una conducta inapropiada con ansiedad por una más apropiada, mediante la relajación que se obtiene conociendo el origen del temor y con el apoyo de otras técnicas por ejemplo, decir-mostrar-hacer, modelado, escape contingente y distracción. El método gradual implícito en la modificación conductual puede retrasar inicialmente el avance del tratamiento, pero cuando se obtiene la colaboración del niño, este retraso queda compensado. (5)

Objetivo de la técnica

Ninguna, todos los pacientes manejan cierto nivel de ansiedad al que se le puede aplicar esta técnica aunque no tengan experiencias negativas. (32,42)

j. Modelado/Imitación

Es otra técnica psicológica empleada en el tratamiento de los temores que se respalda en la teoría cognoscitiva de Lev Vigotsky. (8) Puede ser aplicada en una variedad de situaciones dentales donde el paciente observa los procedimientos. Es útil y muy eficaz en pacientes aprehensivos con y sin experiencia dental para prepararlos e introducirlos a la Odontología. Con esta técnica el niño puede aprender acerca de la situación odontológica observando a otros niños que reciben tratamiento y que demuestran un comportamiento adecuado. (6,11,25,32) El paciente como observador, imitará el modelo presentado cuando experimente una situación similar. (11,24)

Desde la perspectiva conductista, Bandura 1969, describió los principios del aprendizaje social, los cuales, al igual que el modelo cognoscitivo apoyan la técnica del modelado. Según Bandura el aprendizaje solamente ocurre como resultado de una experiencia

directa, en la cual un individuo es testigo del comportamiento y reacción de otro. Además este autor señala que un aprendizaje observacional efectivo depende de cuatro requisitos: (25)

- Atención concentrada hacia el modelo.
- El individuo debe ser capaz de repetir el comportamiento del modelo
- El nuevo comportamiento obtenido debe ser premiado para que se mantenga.

Para que los requisitos se cumplan al llevar a cabo la técnica de modelado, el clínico debe apoyarse en otras como, decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y lenguaje pediátrico. (4)

Existen varios métodos de modelado, se puede utilizar personas (otro paciente), muñecos, videos. (6) Cuanto más cercana sea la edad del modelo a la del paciente observador, mayor será la posibilidad de éxito y eficacia de la técnica. (14) La ventaja de esta técnica a diferencia de todas las demás es que se puede aplicar a varios niños a la vez de manera educacional. (42)

En la aplicación de la técnica de modelado, existe el riesgo de que la posible colaboración, entusiasmo y confianza que se habían ganado en el paciente, se pierdan: porque, si durante la aplicación de la técnica el niño no observó expresiones de molestia en el modelo, pero él sí experimenta alguna molestia o dolor durante el tratamiento, se desilusionará. Es muy difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera. Cuando el procedimiento implique alguna molestia por mínima que sea, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado. (18)

Objetivo de la técnica

Alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado, preparar al niño para su introducción a la Odontología, disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo. (5,11,15,32,42)

Contraindicaciones

Ninguna, en la mayoría de los casos se utiliza esta técnica. Únicamente cambia el tipo de modelo y el vocabulario utilizado, según los requerimientos del paciente. (6,11,18,32)

k. Distracción

Es una técnica básica de superación de sentido común utilizada para enfrentar la incomodidad y el dolor, desviando la atención del paciente de los procedimientos desagradables breves (14) o por el tiempo prolongado del procedimiento, el niño se inquieta, condicionando su comportamiento mediante el manejo de contingencias. (15)

Al igual que en la técnica de lenguaje pediátrico, debe surgir con naturalidad cuando la distracción la constituya una conversación con el paciente, por ejemplo conversar temas de su interés durante la preparación de la anestesia local, intentado captar su atención y desviarla del procedimiento. (5) También se puede realizar la técnica utilizando medios audiovisuales o auditivos y recientemente con la realidad virtual, dependiendo de la edad del paciente. (11)

Los investigadores señalan que la distracción es útil en niños pequeños de entre dos a siete años de edad cuando no pueden pensar en más de un aspecto a la vez. La distracción tiene sus límites, si las acciones del profesional son rutinarias, el niño se puede tornar precavido y la “distracción” puede captarse como señal de un procedimiento estresante. (42)

Objetivo de la técnica

Disminuir la ansiedad y la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando la tolerancia. (5,11,15,32,42)

Contraindicaciones

Niños menores de tres años o con padecimientos de origen mental que no comprendan el objetivo del distractor. (11,32,42)

l. El toque sutil

El contacto sobre las manos, hombros, espalda e incluso en la cabeza o el brazo, son fundamentales para que el niño se sienta aceptado y amado. El niño que recibe estímulo cutáneo inadecuado, sufre un defecto en el desarrollo integral de su organismo como ser humano. Al ser delicadamente tocado y escuchar palabras típicas de expresión de cariño, el niño aprende a tocar, acariciar y responder ante estas muestras de afecto. Utilizado como técnica de manejo del comportamiento, puede ser un camino efectivo y simple para controlar la ansiedad dental, además del sentimiento de confort del paciente. Se utiliza en conjunto con lenguaje pediátrico, refuerzo positivo, desensibilización, modelado y decir-mostrar-hacer. (15,19)

Objetivo de la técnica

Brindarle confort al paciente para que se sienta seguro y protegido, que desarrolle confianza en el profesional durante la ejecución del tratamiento. (11,32)

Contraindicaciones

Ninguna, todos los seres humanos necesitan expresiones de cariño y afecto. (11,19,32)

m. Comunicación no verbal

Se le conoce también como paraverbal, sirve como refuerzo y orienta el tipo de comportamiento mediante el contacto, postura y expresión facial. La comunicación no verbal es indispensable en la aplicación de todas las técnicas de control de conducta, tiene la virtud de atraer y mantener la atención del paciente y su acompañante. (14,32)

Mehrabian (34) señala que según los porcentajes del impacto total de un mensaje, el lenguaje del cuerpo representa el mayor dato en comparación con el verbal; y cuando no existe coherencia entre ambos, siempre prevalecerá el no verbal. Incurriendo en la importancia del cómo y no del qué, ya que el lenguaje no verbal es más significativo puesto que, es más rico en matices y connotaciones, además de ser más espontáneo y por lo tanto creíble. Una relación positiva entre paciente-profesional-acompañante, se obtiene además de las palabras adecuadas, con la simpatía, amabilidad y entendimiento que se irradia de las personas a través de la mirada para obtener una sintonía entre estos

tres elementos de la situación odontológica y la posibilidad de un comportamiento más adaptado para la misma, aunado a la influencia de la propia simpatía del profesional que dentro de este escenario, le permitirá percibir las emociones del paciente y sus padres y, entenderlas para poder atenderlas. (15)

n. Hipnosis

Esta técnica también se le conoce como terapia psicosomática o de sugestión. (23)

Por medio de la hipnosis es posible modificar conductas no deseadas, pero precisa un entrenamiento clínico. En Odontología la hipnosis ocupa un lugar en su forma más genuina; la utilización de una voz suave, monótona y repetitiva, puede considerarse como una forma de hipnosis aunado al poder de la sugestión. Aunque estas formas no constituyen una técnica hipnótica por sí mismas, son partes necesarias de la técnica hipnótica. (19)

La hipnodoncia se utiliza se utiliza para tratar algunos pacientes con fobias a la Odontología o en casos de angustia grave al ser enfrentados a una situación amenazadora. Se debe considerar que la utilización de estas estrategias, siempre va acompañadas o apoyadas en otras técnicas. (5)

El empleo inteligente de la sugestión es un valioso auxiliar en el ejercicio de la Odontología, puesto que los componentes psicológicos del temor y la tensión nerviosa son las razones primordiales del rechazo de los tratamientos odontológicos. La aplicación de principios psicológicos básicos de relajación y sugestión, puede aliviar los temores infundados en el paciente; un paciente relajado es capaz de controlar sus emociones, y una vez reducido el temor y la tensión, cualquier experiencia desagradable puede percibirse más tolerable. (12,26)

La primera experiencia del paciente en la Odontología será el momento más oportuno para ganar su confianza. Este momento puede ser utilizado para relajar al paciente e idealmente para desarrollar y cultivar la conexión que debe existir entre el odontólogo y el paciente. Es preciso poner especial cuidado en no alarmar al paciente, por el

contrario, probarle que sus temores pueden reducirse mediante la atención con simpatía. (12,26)

Se ha utilizado la relajación mediante la sugestión con el objetivo de aliviar o disminuir las tensiones nerviosas, incluso con buenas técnicas de sugestión, se puede llegar a elevar el umbral del dolor. (12,26)

Para lograr un estado de relajación mediante la sugestión, el clínico debe hacer uso de su habilidad y capacidad creadora de escenas para inducir en el paciente un estado de ánimo que conlleve a un comportamiento aceptable para el tratamiento. Es importante y necesario mantener el estado de relajación (técnicas de mantenimiento de la relajación) a lo largo del tratamiento. Con la práctica y adecuada selección de palabras, se puede describir un escenario tan vívidamente que el paciente experimentará un magnífico viaje a la imaginación; dicha descripción debe ser tal que apele a todos los sentidos en el paciente. (12,26)

Los ejercicios de respiración y la selección de palabras, son quienes tienen la mayor parte del crédito en la efectividad de esta técnica. Puesto que la sugestión bien enfocada puede transformar la experiencia prevista, según el paciente, como aterradora, en otra de completa paz y tranquilidad. Cuando se utilizan cuadros orales en la sugestión para obtener relajación en los pacientes, algunas de las escenas más tranquilizadoras pueden ser, los atardeceres en el mar, un océano reposado con olas que se mueven lenta y rítmicamente. (12,26)

Objetivo de la técnica

Brindar apoyo emocional al paciente niño a través de la relajación por sugestión e influenciar sobre su estado emocional. (5,19,23)

o. Otras técnicas

Existen otros métodos que cada día adquieren mayor aceptación como la ludoterapia, aromaterapia, relajación como técnica clásica e incluso, acupuntura; aunque la principal

dificultad consiste en el tiempo necesario para su aplicación y la necesidad de un entrenamiento por parte del profesional. (5,30)

2. Técnicas no comunicativas, de inmovilización o restricción física

Aunque llevan esta connotación, en realidad es simplemente por fines didácticos, ya que siempre llevan un componente comunicativo. Dependiendo del tipo del procedimiento clínico y de las condiciones específicas del paciente, en ocasiones es necesario acudir a la restricción de los movimientos articulares del paciente, con el fin de proteger su propia integridad física. En la decisión de utilizar cualquier tipo de técnica de control de comportamiento en un paciente, debe existir consentimiento informado, verbal y escrito por parte de los padres.

En caso de necesidad de utilización de un método de inmovilización física, éstos deben estar en total conocimiento y entendimiento del procedimiento para poder obtener su colaboración. (5,11,15) Estas técnicas consisten en restringir las articulaciones del paciente sin lastimarlo, utilizando varios métodos que pueden ser ejecutados por el profesional, la asistente o los mismos padres. (11) Puesto que un niño a cierta edad, por su propia naturaleza biológica, no puede quedarse inmóvil, puede llegar a ser candidato de inmovilización. Se indica en pacientes que no cooperan por motivos de inmadurez, trastornos físicos o neurológicos con movimientos descontrolados involuntarios, urgencias dentales en niños descontrolados, y para aquellos que no cooperan y ya se ha agotado todo el repertorio de técnicas. En estos casos es mejor ofrecer la alternativa de los tratamientos bajo sedación. (5) Todas las situaciones necesitan cumplir con el requisito de que exista riesgo de accidente para el paciente y/o el profesional y personal auxiliar. (14)

Bajo ninguna circunstancia se utilizará los métodos de restricción física como un castigo o procedimiento punitivo, si no que puramente como procedimiento clínico aceptado con base científica para llevar a cabo situaciones específicas y tipificadas, que si se utilizan de forma adecuada en los casos indicados, no implican daño psicológico para el paciente. Parte de la metodología es aplicarlos en un medio relajado, tranquilo y estrechamente con una preparación psicológica, ya que por lo general, su rechazo ha sido motivado por la falta de documentación para una correcta aplicación. (5,11,14,15,32)

Existen diversas formas de inmovilización física y el posicionamiento del paciente durante el procedimiento clínico, lo importante es resguardar la integridad física del paciente y que a la vez exista visibilidad y punto de apoyo adecuado para el profesional y personal auxiliar. Las diversas formas de restricción de movimientos y posicionamientos del paciente son las siguientes: (15)

a. Inmovilización física con abrebocas

En algunas ocasiones es necesario utilizar aditamentos que aseguren permanencia del niño con la boca abierta; los abrebocas están indicados para niños que necesitan recordarles con frecuencia que deben permanecer en esta posición o para evitar mordidas involuntarias a los dedos del profesional. (11,14)

Existe diversidad de dispositivos y su elección dependerá principalmente de la edad del paciente, y en caso de utilizarlos se atará seda dental como mecanismo de seguridad. (5)

Los abrebocas deben ser confortables para el paciente, y los hay autoclavables de goma tipo McKesson, silicona o de metal (Molt) y desechables o adaptados hechos con espátulas de madera (bajalenguas) y gasa unida con cinta adhesiva. (15)

b. En la silla odontológica

El niño permanece en la silla odontológica en posición horizontal con la cabeza apoyada en la asistente, que permanece en el lado izquierdo, y la madre en diversas posiciones que faciliten su participación activa durante el procedimiento.

Con este método la madre podrá estar a un lado de la silla (posición madre parada), sin interferir con el espacio de trabajo. Puede ser necesario que colabore con sujetar las manos de su hijo y apoyarse sobre sus rodillas para contener los movimientos de las piernas. (14,15)

Otra forma es que la madre permanezca echada sobre la silla (cuerpo a cuerpo), en decúbito ventral, apoyándose con los codos y quedando de frente al niño de modo que, pueda contener las manos y piernas de su hijo. (14,15)

Una tercera posición que puede adoptar la madre es quedándose sentada (madre sentada), en la silla odontológica en posición de silla de montar frente al paciente, lo cual le permite participar en la atención de su hijo que está colaborando y por lo tanto no hay necesidad de más esfuerzos. (14,15) En otros casos, la madre puede permanecer echada en la silla odontológica en decúbito dorsal (posición de pecho) y el paciente quedará reposado sobre su tórax. En estos casos, la asistente sujetará la cabeza del paciente y la madre estará presta a los movimientos de piernas y brazos. (14,15)

c. Hamaca especial para niños

Es un aditamento utilizado para niños de hasta dos años de edad, existen varios modelos, entre ellos, la Easy Baby, Mape, Macri. (14,15)

d. Pediwrap, papoose-board y silla bebé confort

El pediwrap es un dispositivo de nylon, tela o malla con tiras de velcro de colores, que sirven como cierres que envuelven al niño en forma circular con la unidad dental, sin embargo, no tiene tanta rigidez. (32) Tiene perforaciones para la ventilación disminuyendo el riesgo de hipertermia. (11, 14,15)

El papoose-board es una tabla rígida con envoltorio de tela conectado a un soporte de cuerpo y cabeza semiflexibles que se coloca sobre la silla odontológica. Existen varios tamaños y se les puede utilizar en pacientes desde los dos años de edad hasta el adulto. Está indicada para niños que no pueden controlar sus movimientos, que no son capaces de seguir una orden o en casos de urgencia. Necesita constante observación, ya que puede ocasionar hipertermia. (11,14,32)

La silla bebé confort es una sillita que se adapta a la silla odontológica, indicada para pacientes de dos a doce meses de edad. (14)

e. En los brazos de la madre

Esta técnica está indicada en niños menores de dos años de edad y principalmente durante el examen inicial. La madre sentada en una silla de oficina sostiene la cabeza del

niño con su brazo derecho y el odontólogo se sienta a la derecha de la silla para tener una visión y apoyo adecuado para revisar al paciente. (14)

f. Rodilla a rodilla

Esta técnica ofrece confianza al paciente porque sigue en contacto con la madre. Consiste en que el clínico y la madre permanezcan sentados en sillas de la misma altura uno frente al otro, manteniendo sus rodillas en contacto formando una especie de camilla por la superficie de las piernas de ambos, en donde el niño se acomodará con sus piernas en posición de silla de montar sobre las piernas de la madre y el tronco y cabeza sobre la superficie de las piernas del profesional. Al mismo tiempo la madre sujeta a su hijo de las manos y brazos fijándolos para evitar movimientos inadvertidos. (14,15)

Consideraciones para el uso de inmovilización (5,11,14,15,32,42)

- Siempre deben ser considerados antes de planificar el tratamiento con técnicas farmacológicas.
- Su empleo siempre debe constituir un procedimiento clínico y no un castigo.
- La principal indicación es la protección del paciente.
- Se invertirá todo el tiempo que sea necesario para la explicación a los padres acerca de todo el procedimiento, y si es posible, las fuentes para su documentación, además del consentimiento verbal y escrito.
- Debe existir un espacio para explicarle al paciente la metodología y el motivo del procedimiento, empleando una forma cariñosa para este fin.

Contraindicaciones

Niños con conducta colaboradora o potencialmente colaboradora. (5,11,32)

B. PACIENTE PEDIÁTRICO

Para brindar atención odontológica a un paciente pediátrico, es importante conocer las diversas teorías que sustentan los avances y cambios en la vida del niño. Puesto que, el comportamiento humano se estudia en Psicología desde varias perspectivas, para poder explicar los aspectos del desarrollo psicológico, se incluyen tres teorías que abarcan el comportamiento cognoscitivo, el emocional y social. (8)

1. Teorías del desarrollo infantil

- **Teoría psicodinámica**

De acuerdo con esta perspectiva, las acciones de una persona son causadas por impulsos biológicos y sociales. La conducta externa (observable), debe explicarse en función de fuerzas internas. El psicoanálisis intenta valorar, en el funcionamiento de la psique, la importancia del inconsciente y, especialmente, la de los impulsos, elaborando una nueva teoría de la psique desde un punto de vista dinámico, en términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes. (5)

- **Teoría del aprendizaje**

Estos modelos son resultado del conductismo, el cual busca datos objetivos patentes específicos, respuestas establecidas a estímulos particulares. El comportamiento humano es producido por eventos ambientales y controlado por las consecuencias de éstos. Es lo que se conoce como enfoque estímulo respuesta; y significa que una persona continuará realizando las acciones que en el pasado estuvieron seguidas de consecuencias favorables, pero que no emprenderá conductas cuyos efectos han sido desfavorables. (5)

- **Teoría cognoscitiva (Piaget)**

Esta teoría amplía el estudio del comportamiento más allá de los límites de las reacciones conductuales a los estímulos externos, y da más relevancia a la actividad exclusivamente humana, el pensamiento. La teoría cognoscitiva emplea métodos rigurosos de investigación, centrándose en el proceso de adquirir y utilizar el conocimiento y cómo éste influye en el comportamiento. (5,8)

Piaget valoriza el proceso de adaptación y dentro de él se heredan otros dos aspectos importantes; la asimilación (proceso de responder a una forma que encaja en los esquemas existentes) y la acomodación (proceso de ajustar un esquema para que se acomode a las necesidades del entorno). (5,8)

Al mismo tiempo introduce el término equilibración, esto explica el mecanismo regulador entre el ser humano y su medio. Considerando a la adaptación mental como prolongación de la biológica, siendo una forma de equilibrio superior. (5,8)

J. Piaget asumió que en el desarrollo cognoscitivo existían varias etapas y que éstas estaban organizadas alrededor de un tema central, y que cada etapa incluía comportamientos equitativamente diferentes. (5,8)

- **Período motosensorial (0-2 años)** donde el tema central es el descubrimiento de la relación entre las sensaciones y el comportamiento motriz. (5)
- **Período preoperatorio (hasta los 6 años)** descubrimiento de las operaciones mentales, como planes, estrategias y reglas para resolver y clasificar problemas. (5)
- **Período de las operaciones concretas (de los 7 hacia los 11-12 años)** se ocupa de la extensión de las operaciones mentales desde los objetos concretos hasta los términos puramente simbólicos. (5)
- **Período de las operaciones formales (hasta la edad adulta)** se centra principalmente en la capacidad para considerar muchas posibles soluciones a un problema, y la capacidad de probar dichas posibilidades sistemáticamente. (5)

2. Características generales de los niños a diferentes edades

- **Desde el nacimiento hasta los 2 años**

En esta etapa el niño es incapaz de razonar; cuando los estímulos son muy complejos, el niño no puede procesarlo. Se caracteriza por egocentrismo y durante el primer año aumentan las capacidades motoras, empieza a mostrar signos de independencia. Alrededor de los dieciocho a veinticuatro meses, entiende muchas más palabras de las que puede decir, pide las cosas señalando con el dedo y tiende a imitar. (11,14,15,46)

- **De los 2 a los 4 años**

Se observa un incremento en el desarrollo motor y proceso del lenguaje, tiende a mantener mayor estabilidad emocional. De los dos años y medio a tres, se vuelve más inflexible y rígido, mostrándose dominante y exigente. En esta etapa es difícil la comunicación con él. Predominan los juegos solitarios como consecuencia de la dificultad de establecer relaciones interpersonales; esto manifiesta el miedo a la separación de los padres. Después de los tres años inicia a comunicarse y razonar, la comprensión del habla es mayor. Esta etapa es conocida como la de la imitación y como

la del “yo también”, se muestra susceptible al elogio y ya es capaz de obedecer órdenes. (5,15,46)

- **De los 4 a los 6 años**

La conducta es inestable y tiene facilidad para perder el control. Progresivamente la conducta se encauza y se puede razonar con él. En la culminación de esta etapa. En la culminación de esta etapa, el miedo a la separación de los padres desaparece, el niño gusta por obedecer y complacer a su entorno y su conducta se dulcifica. En este período, el niño necesita mucha firmeza en el trato, pero resulta de mucha utilidad el uso de alabanzas y elogios. (5,8,11,15,25,46)

- **De los 6 a los 8 años**

En esta etapa los cambios son muy rápidos, pueden aparecer rabietas repentinas y cambios muy precisos de humor, con picos de tensión muy marcados. El niño es muy exigente consigo mismo, y o acepta las críticas fácilmente. El lenguaje está fijado y el desarrollo intelectual es muy evidente, necesita comprensión, explicaciones detalladas y muchas alabanzas que sean acordes a la edad. (5,8,11,15,25)

- **De los 9 a los 12 años**

Por lo general muestra satisfacción hacia los padres y al mundo en general, en ocasiones puede mostrarse rebelde ante la autoridad pero finalmente la acepta. En esta etapa el niño se siente muy independiente y confiado de sí mismo, a medida que va avanzando esta etapa, crecen sus responsabilidades, inclusive la higiene. (5,8,11,15,25)

- **De los 12 a los 18 años**

Es común considerar a esta etapa como la de crisis psicosocial normal con conflictos mayores, siendo la última fase de transición de la niñez hacia la edad adulta. Aparecen muchos cambios y modificaciones inesperadas y de diferente orden. El intelecto continúa en desarrollo y el razonamiento operativo formal y la capacidad de almacenar información, es la característica muy particular de la maduración de la capacidad cognoscitiva del adolescente. Precisamente en esta etapa, se despierta el interés por la estética dentofacial. (5,8,11,15,25)

C. LA CONDUCTA HUMANA

La conducta es la expresión del desarrollo mental. A medida que la mente crece, se desarrolla y madura, se va expresando a través de conductas. Aun cuando la conducta humana se ha considerado como indivisible, para su estudio el Dr. Arnold Gessell 1920 la dividió en cuatro campos: (46)

- **Conducta motora:** todos los movimientos, la aprensión y la postura.
- **Conducta del lenguaje:** incluye todas las formas de comunicación desde el llanto y los gestos, hasta llegar al lenguaje articulado.
- **Conducta adaptativa:** es la capacidad de reconocer los elementos significativos e incorporarlos a la experiencia.
- **Conducta personal:** abarca las reacciones del niño hacia las personas y el mundo social de su entorno.

Según Lagache (1903-1972), conducta “es el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser en una situación, integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo”. Mientras que para Blegger (1969), la conducta “es el conjunto de operaciones fisiológicas, motrices, verbales y mentales por las cuales un organismo en situación, reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades”. (7)

Dentro de los perfiles de la conducta, la edad es un concepto formal y las etapas de maduración, son conceptos funcionales y dinámicos que expresan la maduración de la conducta en cada momento. Cada edad permite definir el perfil de conducta donde el crecimiento mental se determina por las pautas de conducta que aparecen. De este punto parte la discusión del comportamiento humano dentro de la situación odontológica; para ello, se define como situación, al conjunto de las realidades cósmicas, sociales e históricas en cuyo seno ha de ejecutar un hombre, los actos de su existencia personal.

Lo indiscutible de una situación, es que el hecho está inmerso en el tiempo, una fase o un período. De igual manera, la situación odontológica es única e irrepetible y depende de los variados elementos y sus características que la componen. Bellagamba (1992) señala que la situación odontológica no dependerá únicamente del niño y del odontólogo, sino también de su

acompañante, de las historias de cada uno y del entorno, convirtiéndose en un universo donde se pone en juego la interacción de las conductas de la situación odontológica propiamente dicha y, las conductas interactuantes entre los personajes de la situación. (7)

1. Evaluación y diagnóstico de la conducta

Dado que una comunicación eficaz y el éxito clínico inicia del análisis del comportamiento como parte del plan de tratamiento integral, es importante estar conscientes de la naturaleza cualitativa del comportamiento y por lo tanto, la evaluación y su diagnóstico deben ser dinámicos y cambiantes y presumen una observación constante del paciente. (7) Es necesario realizar una evaluación de la actitud del paciente y analizar las características que pueden ser factores condicionantes de su comportamiento, de los cuales el odontólogo debe estar consciente para poder ofrecer un buen tratamiento a sus pacientes, implicando el buen trato desde una perspectiva del manejo de las conductas dadas dentro de la situación odontológica. (11)

En algunas conductas infantiles evidenciadas durante la situación odontológica, el niño puede expresarse con llanto; por ello, es importante conocer los diversos tipos de llanto como una ayuda adicional para el diagnóstico y evaluación de la conducta del niño y las estrategias a considerar. (11,15,39)

a. Tipo de llanto

Es uno de los primeros y más importantes mecanismos de comunicación en el desarrollo humano. Debido a que existen varios patrones de llanto, se deben diferenciar, ya que, es de utilidad para determinar el estado emocional del niño. (39)

- **Llanto básico-monotónico:** tiene un patrón rítmico, los bebés lo utilizan como mecanismo para expresar hambre, pero en niños mayores se asocian a la ansiedad y expresión de rechazo. Generalmente el niño con este llanto coopera y no hay variaciones en ritmo y tono de llanto durante todo el procedimiento. La intensidad del llanto es directamente proporcional a las necesidades o incomodidades del infante. El odontólogo deberá tolerarlo. (11,14,39)

- **Llanto de ira:** es un patrón intenso, relacionado con niños que manejan un comportamiento agresivo de confrontación y que buscan evitar el tratamiento. Se caracteriza por llanto sin lágrimas, cara enrojecida, a menudo puede abrir los ojos para ver si su estrategia da resultados a su alrededor. Puede ser muy prolongado, de 30 minutos a una hora, es inusual si se permite que continúe. Con este tipo de llanto se recomienda utilizar técnicas de modificación del comportamiento. (11,39)
- **Llanto chillón:** posee un tono medio-alto, varía en intensidad y raramente es muy alto, las lágrimas son un signo raro de este tipo de llanto. Es característica de una conducta aprendida, el niño sabe que el berrinche atraerá la atención de sus padres. El niño que lloriquea frecuentemente muestra que tiene un bajo umbral para tolerar cosas molestas. (39)
- **Llanto cantado:** esta vocalización ocurre particularmente cuando el niño está sedado o aburrido, no es significativo e indica que no hay incomodidad por parte del niño. Es meramente su manera de acompañamiento verbal a los ruidos rutinarios del tratamiento dental. Usualmente no es un sonido de llanto, sino, como de una canción y no interfiere durante el procedimiento. (39)
- **Llanto de frustración:** tiene un patrón arrítmico, caracterizado por gritos largos sin períodos largos de suspiros. Está presente en situaciones de ansiedad y de igual manera que en el básico, los pacientes se catalogan como potencialmente cooperadores. (11)
- **Llanto de dolor:** es de fácil identificación, de tono alto sin interrupción, ya que es causado por la presencia de dolor al realizar un procedimiento. Se caracteriza por un tono agudo como grito, lágrimas y enrojecimiento facial. Frecuentemente el niño se aleja; el llanto disminuye gradualmente a medida que desaparece el dolor y el paciente se encuentra aliviado. En estos casos no se necesita modificación conductual, sino técnicas de control del dolor. (11,39)
- **Llanto de miedo:** ocurre cuando el niño responde a una situación de temor, el llanto de miedo posee un tono de pánico o alarma, pulsaciones rápidas, palmas de manos

frías y húmedas y ojos bien abiertos. Usualmente es de duración corta 5-10 minutos.
(39)

La conducta del individuo en la vida cotidiana, está influenciada de forma positiva o negativa por varios factores y directamente proporcional al valor del factor influyente. De igual manera en la situación odontológica, la conducta del niño está influenciada por un número variable de factores pero todos enmarcados en dos categorías, los intersubjetivos y los intrasubjetivos. (25,46)

2. Factores intrasubjetivos que influyen en la conducta infantil durante la situación odontológica

Son todas aquellas situaciones inherentes al paciente y que resultan ser condicionantes en la conducta. (7)

a. Historia y antecedentes médico-odontológicas

La primera visita odontológica tiene una importancia crucial en el desarrollo de la actitud del niño frente a la odontología. (45) Una experiencia negativa, significará una dificultad adicional a la problemática de la conducta que el niño presente en el consultorio odontológico. (25) Es muy importante determinar si la conducta expresada se debe a un miedo objetivo o subjetivo que el niño relacione al ámbito odontológico. (5,45)

Se recomienda analizar con los padres las experiencias y expectativas del niño antes de tomar una línea de acción. Si el niño ya tiene experiencias odontológicas, es importante indagar acerca del tipo de procedimientos que le han realizado, el comportamiento del niño y el trato que ha recibido. Si el motivo de la primera consulta fue por un proceso doloroso, es muy probable que el niño haya quedado atemorizado, a diferencia de un procedimiento sencillo, que no implicase dolor, el niño puede dar testimonio de una experiencia agradable. (6,7)

La relación que se establece desde el primer contacto es fundamental, ya que de ella dependerá su comportamiento a futuro. Examinar a un paciente sin analizar su historia, puede convertirse en una experiencia negativa. (6,7,45)

b. Condición general

Las alteraciones en la salud general de los niños, pueden desencadenar variaciones de comportamiento, principalmente evidentes en pacientes que por lo general son colaboradores. (7) En presencia de un padecimiento crónico, se debe tomar en cuenta todas las condiciones y estrategias más adecuadas para tratar técnica y emocionalmente de la mejor manera posible al paciente para que la odontología no sea una experiencia frustrante. (11) Como en todos los casos, es necesario el apoyo de los padres y, es más eficaz cuando el niño está educado y orientado bajo ciertas normas que le permiten comportarse de manera correcta. (5)

Existen situaciones menores que pueden llegar a incomodar al paciente y desencadenar un comportamiento negativo, si no se le presta la atención debida, por ejemplo, fotosensibilidad (luz de la lámpara), presencia de reflejo de náusea, posición incómoda de los instrumentos dentro de la boca o la presión ejercida con ellos. También se debe considerar los elementos circunstanciales como la alteración del sueño, el ruido que ocasiona el equipo o el llanto de otros pacientes. (7,11)

c. Rechazo – agresividad

Apoyándose en la teoría psicoanalítica de Freud, la cual tiene tres componentes consolidados en cinco etapas: la etapa oral, anal, fálica, la de latencia y la genital; es frecuente observar en pacientes menores de dos años de edad que se encuentran en la etapa oral, rechacen de manera natural el procedimiento odontológico. En estos casos, el rechazo a la odontología, no se debe a la presencia de ansiedad ni miedo, sino, a la etapa del desarrollo emocional psicosexual desde el punto de vista psicoanalítico. En cambio, los pacientes de 4 a 7 años pueden desarrollar una actitud manipuladora o agresiva para evitar el tratamiento odontológico. (11,15)

d. Dolor

Esta situación es sin duda, el factor más asociado al miedo y ansiedad dental en la población general, Klinberg (1994). (7) El miedo al dolor que siente el niño, en la mayoría de los casos puede ser por prevención de los padres. En este escenario se viven dos situaciones, el miedo, que debe ser manejado con técnicas psicológicas de manejo

conductual y, el dolor, donde debe aplicarse adecuadamente técnicas de manejo del dolor. Es frecuente encontrar en la literatura reportes del terrible error de no administrar anestésico al paciente, “para no alterar su comportamiento”, lo cual resulta contraproducente y puede llegar a generar mayor rechazo. (11)

e. Condición psicológica

La edad, el desarrollo evolutivo, el estado emocional, rasgos de personalidad, temperamento y personalidad, forman parte importante de los factores que influyen el comportamiento infantil. (25)

- **Edad y desarrollo evolutivo**

En la evaluación del paciente, el primer elemento que se toma en cuenta es la edad, de acuerdo a ésta, se esperan determinados comportamientos que requerirán diferentes formas de abordaje. (14) La edad cronológica aunada al nivel de desarrollo evolutivo en el infante, son factores de gran influencia en su comportamiento. (25) Cada período evolutivo se caracteriza por un conjunto de destrezas y habilidades cognitivas, sociales y afectivas que generan las formas específicas en que los seres humanos se relacionan con su entorno. Esto hace referencia a las etapas evolutivas de Piaget, que para lograr un buen entendimiento, es importante conocer los fundamentos básicos del desarrollo evolutivo del paciente y las características de cada una de las etapas del desarrollo, hasta la edad adulta. (36) De esta manera el odontólogo podrá determinar qué tipo de comportamiento esperar, el nivel de comunicación que se puede tener, así como diferenciar si las características conductuales del paciente corresponden a la edad del mismo, por ejemplo, es totalmente diferente el comportamiento de un niño que se encuentra en la etapa motosensorial, al de otro en la etapa de operaciones concretas. (5,8,11,15)

A medida que un niño avanza en las etapas del desarrollo, se alcanzan grados de madurez cada vez mayor, por lo tanto, muestran actitudes más apropiadas que inducen a una mayor colaboración. (11) Es importante observar la postura, actitud y los gestos del paciente antes de ingresar al área clínica, de esta manera se determinará en gran medida, la capacidad de enfrentar el miedo, ya que esto se

relaciona con la madurez y personalidad que se adquieren durante el proceso de desarrollo emocional. (5,24,39)

- **Estado emocional/alteración emocional**

La identificación del estado emocional del paciente ayuda a determinar las causas específicas de determinado tipo de comportamiento, con la finalidad de establecer objetivos claros de intervención. (11,13) Los padecimientos emocionales de los niños incrementan la ansiedad y desconcierto durante la situación odontológica, por ejemplo llevarlos a la cita después de una situación seria como cambio de ambiente familiar, pérdida de un ser querido, separación de los padres, dificultades en la escuela o cuando han sido víctimas de maltrato o abandono. (5,18,24)

El estado emocional es influenciado por varios factores y siempre repercutirá de forma positiva o negativa en el comportamiento de los pacientes. Se pueden identificar dos tipos de reacciones en la situación odontológica:

- Estados emocionales adaptativos: pueden dificultar el tratamiento, pero deben entenderse como normales de acuerdo a la edad y la situación; su manejo implica la utilización de técnicas adecuadas por parte del odontólogo. (7)
- Estados emocionales disfuncionales: según los estudios de Barlow, éstos sí representan un obstáculo para el tratamiento, y en la mayoría de los casos, requerirán el uso de técnicas farmacológicas e imperativamente la interconsulta psiquiátrica. (7)

- **Rasgos de personalidad**

Para la odontología, los rasgos de personalidad de los pacientes, únicamente deben ser relevantes cuando sean causa definitiva de dificultad terapéutica. En estos casos el odontólogo deberá considerar la interconsulta psicológica o psiquiátrica y la utilización de técnicas de manejo muy específicas y de forma constante por tratarse de aspectos profundos muy específicos de la condición psicológica del paciente. (Trastorno por déficit de atención TDAH, trastorno negativista desafiante y trastorno de ansiedad por separación). (7,25)

- **Temperamento – personalidad**

El temperamento es un predictor del comportamiento odontológico. Los temperamentos con alto grado de timidez y aproximación, apuntan a un incremento de la ansiedad y a un comportamiento perturbado. (11)

Algunos estudios afirman que el temperamento obedece a una causa genética, y que se compone de varias características que se conservan en mayor o menor medida a lo largo de la vida. Thomas y Chess (1997), propusieron tres temperamentos básicos que influyen en la personalidad:

- Niños con temperamento fácil: presentan un estado anímico positivo y son suficientemente flexibles a cambios repentinos de planes y reaccionan con baja o moderada intensidad. (10)
- Niños de temperamento con patrón de adaptación lenta: propio de los niños con predisposición a la timidez, presentan un nivel bajo de actividad, requieren más tiempo para adaptarse a los cambios y por lo general responden negativamente a las situaciones nuevas, su mecanismo natural ante las novedades es el retraimiento. (10)
- Temperamento difícil: lo poseen los niños con funciones corporales irregulares. Estos niños experimentan reacciones intensas ante las situaciones problemáticas, retraimiento ante las novedades y dificultad de adaptación a los cambios. (10)

f. Miedo y ansiedad

El miedo se define como un estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, asociado a una situación de desconocimiento e inseguridad. (11) El miedo se presenta como el mayor problema en la atención odontológica, y en conjunto con la ansiedad, impide que el paciente sea plenamente colaborador o que sea difícil para tratar, lo cual disminuye el umbral del dolor. Este proceso desagradable implica experiencia negativa para el paciente, pérdida de tiempo para el profesional, innecesaria dificultad en el tratamiento y por consiguiente, resultados insatisfactorios. Sin embargo, según

Chambers, la ansiedad es parte del comportamiento humano como una respuesta normal y saludable por parte del niño ante una situación extraña. (14)

Desde el punto de vista psicológico el miedo (temor) y la ansiedad, son dos entidades completamente diferentes. El miedo es una reacción concreta a una amenaza específica, que surge de un objeto externo considerado como doloroso (7) por lo tanto, el miedo tiene fundamento real y se puede explicar con palabras a qué se teme. (8,24) El miedo como emoción incluye una serie de reacciones esenciales para la supervivencia del individuo y de la especie, por eso es llamado reacción de alarma. (5,7)

La ansiedad, es definida como una reacción emocional, donde predominan sentimientos de carácter amenazador frente a la supervivencia del organismo y que se origina de fuentes internas como fantasías y expectativas no reales, en ocasiones es expresada como temor a lo desconocido. (5,15,24)

La ansiedad es considerada una sensación vaga de temor la cual carece de un contenido racional, no posee una fuente identificable específica, (5,7,8,9) las proporciones de la realidad se pierden al igual que la capacidad para racionalizar la amenaza y provoca en el paciente una sensación de incomodidad. Durante la infancia no se puede separar por completo el miedo y la ansiedad, ya que el miedo siempre lleva un componente de ansiedad. (5,6,24)

Para cualquier ocasión existe un nivel óptimo de ansiedad que ayuda a manejar cada situación de forma adecuada (ansiedad normal o útil). La manera en que el niño maneje su ansiedad en la situación odontológica, será decisiva para el comportamiento que adopte en las siguientes sesiones, inclusive en la edad adulta. A diferencia de la ansiedad normal o útil, la ansiedad patológica o neurótica se caracteriza por respuestas exageradas y problemáticas, y no guarda relación con el peligro que aparentemente la provoca, continúa incluso después de haber desaparecido el peligro. (5)

En algunos casos los niños pueden ser pasivos y silenciosos con un comportamiento positivo y colaborador en apariencia, pero en realidad experimentan un alto grado de

ansiedad y el comportamiento demostrado se debe a la disciplina impuesta por sus padres. En estos casos existe riesgo de pasar por alto la ansiedad experimentada por el paciente y esto puede incrementar el riesgo de daño hacia él. (8,24)

Desde el punto de vista humanístico y conductista, la ansiedad puede considerarse hasta cierto punto como una reacción normal y sana hacia la Odontología por parte del niño. En contraste a ello, la escuela psicoanalítica señala los conflictos internos de la personalidad y deja a la ansiedad como algo nocivo para la consulta odontológica. Su teoría la sustentan en la posibilidad de que el niño aprenda estrategias negativas para manejar su ansiedad y escaparse de la situación dental a través de la manipulación. (5,6)

En general, los niños expresan su miedo y ansiedad de acuerdo al grado de madurez y personalidad ante situaciones atemorizantes. Pueden reaccionar molestos, con agresividad, con llanto; otros manifiestan dolor de estómago e incluso algunos reaccionan huyendo mientras que otros pacientes ocultan su dolor. (5,6,8,24)

3. Factores intersubjetivos que influyen en la conducta infantil durante la situación odontológica

La relación del niño con su entorno es un factor que ejerce gran influencia sobre su conducta. En este escenario se contemplan varios componentes como el medio educativo, cultural, familiar y muchos otros que se ponen en juego durante todas las situaciones odontológicas. Sin embargo, el elemento más preponderante en este contexto, es el familiar, ya que está relacionado directamente con el papel que desempeñan los padres y acompañantes que forman parte de la situación odontológica. (7,11,32)

a. Características educativas y culturales

La forma en la que un niño se ha socializado, es otro componente importante que condiciona la actitud de éste ante la situación odontológica. Dependiendo del tipo de establecimiento educativo, la cultura del entorno, su capacidad de interactuar con niños de su misma edad y figuras de autoridad distintas a sus padres, existirá inclinación hacia cierta conducta, conocer estos aspectos facilitará al odontólogo, en términos de manejo conductual, saber los gustos del niño y discriminar aspectos o situaciones que pueden

ser reforzadores de cierto comportamiento y establecer niveles de comunicación que permitan generar empatía. (7,11)

b. Actitud de la familia

En la teoría psicoanalítica existen diversas clasificaciones de los estilos parentales de crianza; todas coinciden en que el entorno familiar es determinante de las relaciones que los niños establecerán posteriormente. Ahora bien, las necesidades básicas de un niño, que a la vez constituyen elementos para su crianza se resumen en los términos: afecto, aprobación y autoridad. (14,24)

El afecto, indispensable para el desarrollo armónico. En cuanto a la aprobación, cuando un niño siente que es aceptado tal como es, emocionalmente se siente “aprobado” y esto le genera autoconfianza que eleva su autoestima; ello hace mucho más fácil un acercamiento a la hora de la consulta odontológica. Por el contrario la falta de autoconfianza genera sentimiento de frustración que ocasiona problemas de manejo de conducta y que al igual que los niños rechazados, requieren de mucha paciencia y amabilidad por parte del odontólogo. (14,15)

Puesto que la familia es quien acondiciona al paciente a la experiencia dental, las actitudes que fomenta consciente e inconscientemente en él, afectarán el nivel de aceptación o rechazo del tratamiento por parte del paciente, así como también el tipo de comportamiento y su participación positiva en el consultorio odontológico; por tal motivo, la familia nunca debe utilizar a la Odontología como una forma de amenaza para el niño. (5,18,19,25)

Finalmente la autoridad de los padres hacia los hijos alcanza tres características muy importantes en los niños, que forman parte de los elementos de crianza reflejados en la conducta: desarrollo de la independencia, tolerancia para la frustración y enfrentamiento de situaciones de temor y estrés. Todo esto se obtiene cuando se instituyen reglas, se reconocen los límites y se aplica disciplina. La coherencia es el equilibrio fundamental en la relación que existe entre la disciplina y el afecto. (14,24) Erikson (1902-1994), planteó dos dimensiones del estilo de crianza infantil, aceptación y sensibilidad paternas

y al otro estilo lo nombró exigencia y control paternos, basándose en que cada familia tiene sus propias reglas y sus patrones de comunicación, actitudes y tradiciones impuestas de forma continua, pero en las diferentes etapas de crecimiento del niño desde su nacimiento, la conducta es modelada por los padres, de esta manera el niño mostrará una actitud que refleja la relación existente entre él y sus padres. (14,15)

c. Clasificación del tipo de padres

A partir de los estilos de crianza originados en las dimensiones del estilo de crianza infantil de Erikson, Wright, Starkey y Gardner describieron la clasificación de los padres, conjugando sus actitudes y su participación en la Odontología: (11,14,39,46)

- **Padres motivados**

Son aquellos que tienen interés por la salud bucal de sus hijos, participan y aceptan la orientación del odontólogo. Los hijos de este tipo de padres aceptan con facilidad el tratamiento, se convencen de la necesidad de recibirlo y colaboran en él. (11,46)

- **Padres que protegen en exceso al niño**

Las conductas paternas que buscan proteger en exceso a su hijo, reflejan comportamientos exagerados con relación a los cuidados del niño. Estas actitudes con frecuencia impiden que el niño viva una evolución natural hacia la independencia, que afecta su desarrollo psicológico-afectivo y a la vez, tienden a ser más inseguros. (11,46)

Los hijos de padres sobreprotectores dominantes, tienden a ser más ansiosos, tímidos y sumisos pero a pesar de ser colaboradores no se puede establecer franca relación de comunicación con ellos, mientras que los hijos de padres sobreprotectores permisivos, por ser obstinados y mimados, tienen problemas de comportamiento y ejercen dominio sobre los padres, controlando y manipulando las situaciones, reaccionando con agresividad y hostilidad; siendo no colaboradores durante el tratamiento puesto que no están acostumbrados a cumplir exigencias ni reconocer límites ni normas. (14,39,46)

- **Padres ansiosos**

Aun cuando los padres ansiosos sean motivados y colaboradores, su presencia en el área operatoria no siempre es conveniente para el manejo del paciente debido al alto nivel de ansiedad que puede influenciar negativamente en la relación odontólogo-paciente. (11)

- **Padres manipuladores/autoritarios**

Aunque son los padres quienes deciden realizar un tratamiento a su hijo, el odontólogo es quien decide cómo se debe hacer. En ocasiones, son los padres con sus actitudes manipuladoras y autoritarias, manifestadas en tonos de demandas exageradas, quienes quieren decidir qué y cómo realizar el tratamiento. (46) Debido a que las manipulaciones y exigencias frecuentemente son contrarias a la línea de conducta que se persigue en la situación odontológica o resultan inconvenientes para la salud bucal del niño, el odontólogo debe tener la capacidad de manejar acertadamente este tipo de situaciones y, establecer la diferencia entre la participación activa y positiva que deben tener los padres y la manipulación que quieran hacer sobre las capacidades del profesional; ya que de lo contrario, se creará confrontación y una pésima experiencia para el niño en lugar de establecer mecanismos de comunicación claros y constructivos con una participación positiva en el triángulo de tratamiento odontológico. (11,46)

- **Padres hostiles**

La conducta hostil que muestran algunos padres es originada por muchas circunstancias, aunque no siempre el motivo de esa hostilidad es evidente ni siquiera para odontólogos muy experimentados. Se conocen algunas razones principales: experiencias desagradables en consultas odontológicas o médicas, actitud negativa general ante los profesionales de salud, sensación de inseguridad en un ambiente extraño, conceptos errados de la Odontología y falta de comunicación. (46)

- **Padres indiferentes negligentes**

Este tipo de padres se etiqueta como poco motivados y negligentes ante el cumplimiento y participación en los cuidados de higiene bucal de sus hijos y la

asistencia a las citas odontológicas. Aunque acompañan a sus hijos al odontólogo, no están conscientes de las ventajas de una participación activa y positiva en casa ni en el consultorio, que se refleje en la buena salud de su hijo. A estos padres no se les identifica desde un inicio y en general se les descubre ante el incumplimiento frecuente de las indicaciones de cuidados, higiene y asistencia a las citas. Algunos padres reconocen la importancia de la Odontología, pero la falta de motivación y la rutina diaria de trabajo, impiden que le otorguen a la Odontología la prioridad que merece. (11,46)

Los hijos de padres indiferentes o negligentes, en ocasiones, no muestran problemas de comportamiento a simple vista, pero al analizar la supuesta actitud positiva, se observa en ellos inseguridad e incapacidad para tomar decisiones. (25) Algunos niños resultan tímidos y retraídos, muchas veces lloran con facilidad. Otros en cambio, con el fin de llamar la atención (hijos de padres muy ocupados), pueden hacer uso de la agresividad y desobediencia. Los dos extremos de comportamiento, interfieren en el ambiente que se requiere para el éxito del tratamiento. (14)

d. Presencia de los padres durante el tratamiento odontológico

De acuerdo al desarrollo cognitivo, alrededor de los dos años de edad, los niños experimentan el miedo a la separación de los padres y temor ante personas desconocidas. Esta característica disminuye conforme el niño se acerca a los tres o cuatro años de edad. Según esto, varios autores coinciden en que antes de superar esta etapa, lo mejor será que los padres acompañen a sus hijos durante todo el proceso odontológico. (5,8,14,29,46) En general, la presencia de los padres en una relación de acompañamiento es de gran utilidad para lograr una mejor empatía con el paciente, desarrollar una mayor confianza y seguridad que repercutirá en una mejor relación, generando en el niño una conducta positiva, será un paciente menos ansioso, más colaborador y por consiguiente un manejo exitoso del paciente. (7,10,11)

Existen casos en los que ya se ha superado aquél miedo, pero los padres de familia particularmente la madre, tienden a ser una barrera que interrumpe o no permite una buena comunicación entre el odontólogo y el paciente; cuando ésta debe ser directa y

total entre ambos sin interrupción. Es frecuente que el profesional se vea obligado a dividir su atención entre los padres y el niño, éste a su vez la divide entre el profesional y el acompañante. Esta situación genera un ambiente difícil para trabajar, desgastante y sobre todo, que la conducta del niño se ve influenciada por los padres. (5,11,14,39,46)

Es muy importante que el profesional ponga en consideración la reacción de los padres, ya que cuanto más seguridad y calma muestren, es más probable que el niño reaccione de la misma forma. Por el contrario, cuanto más insegura, nerviosa, tensa e incluso un tanto hostil sea la reacción de los padres, mayor es el riesgo de que el niño reaccione de forma ansiosa y negativa. (5,7,14,24,46) En definitiva, cada profesional debe tomar la decisión individualmente para cada caso, en función de sus preferencias, su forma de ser, el perfil de los padres y su participación en el proceso de tratamiento de sus hijos. (5,11,46)

e. Separación de la madres/padre o acompañante

La separación de los padres y sus hijos es una situación que debe manejarse con sumo cuidado, ya que para los niños de corta edad, es algo muy crítico y tiene repercusión a nivel emocional. (46) El término de esta etapa coincide con los buenos resultados obtenidos de las experiencias de los niños para enfrentar nuevas situaciones sociales, sin consecuencias emocionales, debido a que el proceso de autocontrol y control de emociones (miedo y frustración) se desarrolla de manera considerable entre los tres y seis años de edad, y es paralelo al proceso de socialización. (5,8,29) Asimismo, los niños que aún no tienen la capacidad de comprensión y comunicación adecuada además de discapacidad auditiva, mantienen una relación simbiótica muy estrecha con sus padres, y por lo general, resulta más conveniente que los padres los acompañen en cada visita odontológica. (46)

Realmente las ocasiones en que se decida que los padres no estén presentes en el área operatoria, es reducida a situaciones específicas, por ejemplo, cuando se requiere mejorar la comunicación con el paciente, por petición de él mismo o por altos niveles de ansiedad de los padres. (42)

f. Duración y hora de la visita odontológica

Existe mucha información acerca del tiempo en que un niño es capaz de mantener la atención en alguna actividad específica, más aún colaborar y obedecer órdenes sin que llegue a un nivel de ansiedad que le obligue a romper con la conducta colaboradora alcanzada. (46)

Aunque en los últimos años, esta teoría ha ido cambiando, si bien es cierto, una cita odontológica de larga duración se considera superior a los 30 minutos, es poco probable una atención mantenida por parte del niño, debido a su edad, madurez y perfil psicológico. Actualmente, amparándose en la tecnología moderna y avanzada, algunos profesionales optan por realizar tratamientos odontológicos por cuadrantes, con ello se disminuye el número de visitas al consultorio y que el paciente no perciba un tratamiento largo y tedioso. Tomando esta opción, es indispensable considerar la habilidad de trabajo del profesional y la personalidad del niño. Algunos niños prefieren múltiples visitas pero en tiempos cortos, otros toleran un tiempo más largo pero menor número de visitas. Todo dependerá del acuerdo al que lleguen el profesional y los padres del paciente, sin olvidar qué es lo mejor para éste. (18)

En cuanto a la hora de la visita, con los niños de menor edad se prefiere que sea a horas tempranas del día, en virtud de que los niños están menos cansados y más colaboradores, puesto que no habrá mayores influencias del día que afecten a la hora de la visita. Se considera importante que la hora de la cita no coincida con la hora de la siesta del niño, ya que de esta manera se alterará su rutina y muy probablemente se irritará y no podrá colaborar. (18,46)

g. Personalidad del odontólogo y personal auxiliar

Debido a que los niños son muy sensibles a emociones ocultas, es muy importante que todo el personal del consultorio demuestre una actitud que les provoque confianza. Debe existir un ambiente cálido y familiar pero de manera normal y natural, sin demostrar entusiasmo excesivo. El personal auxiliar debe estar entrenado para tratar a pacientes de corta edad, realizando funciones predeterminadas y contribuyendo para

que el ambiente de consultorio sea tranquilo, seguro, que transmita confianza al paciente a través de actitudes amigables y expresión facial alegre y serena. (14)

Cuando el profesional sabe diferenciar y entender las necesidades del niño, además de tener confianza en sí mismo, convierte la atención más comfortable. Esto es percibido por el niño y se reflejará en su comportamiento al punto de transmitirlo a los padres, provocando en ellos seguridad y tranquilidad. (14)

h. Modalidad de trabajo

Un factor controlable que influye en el comportamiento del niño, es un buen sistema de trabajo, esto implica la elaboración de un plan de tratamiento y los factores referentes al sistema de trabajo del odontólogo y el personal auxiliar que representan algún tipo de influencia sobre el comportamiento del paciente durante la situación odontológica. Se consideran los componentes de la modalidad de trabajo los siguientes: (46)

- **Sinceridad:** para incrementar la confianza, es imprescindible la sinceridad. Los niños tienen dificultad para diferenciar los matices y ven las cosas como un modelo dual tipo blanco/negro, sí/no; nunca un tal vez. Para ellos sólo existe la verdad y la mentira y cuando se dan cuenta de que se les ha mentado, es muy difícil recuperar esa confianza. (7,11,39,46)
- **Organización:** debe haber planes de control y de contingencia, la aplicación de estos planes, incrementa la eficacia y contribuye a mejorar la relación con el paciente. (7,11,39,46)
- **Flexibilidad:** implica estar preparados para cambiar de planes en cualquier momento o cuando el paciente empieza a inquietarse durante el procedimiento clínico. (11,39,46)
- **Tolerancia:** es la capacidad del odontólogo y todo el personal auxiliar, para enfrentarse de manera racional, guardando siempre la compostura, ante un comportamiento disruptivo. Nunca perder el dominio ni enfadarse. (18,46)

Con estos cuatro elementos queda implícito el respeto por el paciente, el interés por él y sus necesidades, imponer límites cuando sea necesario, siempre evitar las ofensas o mostrar actitudes sarcásticas o desdeñosas, al igual que las situaciones que le abochornen o ridiculicen, porque si el niño vive una experiencia equivocada, se produce frustración y resentimiento y por consiguiente, una actitud definitivamente poco colaboradora. Al contrario de esto, cuando se le hablarle al paciente, se debe involucrar todo el respeto y colocarse al mismo nivel de altura en posición y conversación. (14,18,39)

i. Aspecto del consultorio odontológico

La apariencia física del entorno es importante, no se trata de complejas instalaciones lujosas, sino de un ambiente ordenado, limpio, cómodo y que ofrezca un espacio adecuado especialmente para niños. (7,25)

La sala de espera es de particular importancia, ya que es el primer contacto del paciente y sus padres, dado que en este sitio, se maneja ansiedad y expectativa por parte de los visitantes, la posibilidad de que existan objetos adecuados para las edades de los paciente, (ilustraciones, colores, juegos, música o videos que les llame la atención, constituye una técnica prematura de manejo conductual y un mensaje a los padres de que todo está dispuesto para recibir y tratar a sus hijos de forma apropiada, en un ambiente cálido y confortable. Con esto se consigue que cada visitante tenga la sensación de que no es el único que llega a ese lugar y se sentirá seguro de sí mismo al saber que otros niños pasan por la misma experiencia. La decoración infantil puede estar en todo el ambiente físico del consultorio, o designarse un apartado en el cual entretenerse antes de ingresar al área operatoria. Esto resulta de mucha utilidad, ya que de alguna manera se relajan disminuyendo la ansiedad y mejorando su comportamiento. (7,11)

También es conveniente que existan zonas aislada de trabajo con el fin de evitar que el paciente escuche sonidos extraños o el llanto de otros pacientes que lo predispongan negativamente ocasionando incertidumbre y suspicacia. (7,18)

D. CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

El primer paso en el manejo del niño es entender los diversos tipos de comportamiento que se puedan dar en el consultorio dental. Estos comportamientos pueden ser respuestas reflejas a situaciones dadas o del tipo aprendido a diversas situaciones. (25)

Existen varios sistemas de clasificación del comportamiento del niño en la situación odontológica, su conocimiento es de mucha utilidad para los profesionales que dedican su práctica a la atención de estos pacientes, ya que permite tener una orientación del método que utilizará para tratar a cada uno de ellos, estableciendo el grado de comunicación y cooperación potenciales del niño. (11)

Los sistemas de clasificación pueden ser globales como la escala de Frankl, o restringidas como la escala de Houpt. Las escalas globales manejan medidas categóricas que evalúan la conducta en un espacio de tiempo y se pueden utilizar masivamente. (36)

La literatura revela otros sistemas de clasificación del comportamiento, entre ellas: clasificación de Wright, clasificación de Lamsphire, clasificación de Shiere y Fogels, escala de la Universidad de Carolina del Norte, escala de la Universidad de Ohio, clasificación de Kisling y Krebs y la clasificación de Venham. Sin embargo, más allá de utilizar de forma rígida una clasificación, lo importante es hacer una sinopsis del tipo de comportamiento y documentar su evolución cita a cita. Las escalas más utilizadas son las de Frankl y Wright, por ello serán las que se aborden en este trabajo.

1. Clasificación del comportamiento infantil de Wright

El comportamiento de los niños puede ser visualizado de diferentes maneras. La mayoría de clínicos catalogan a sus pacientes dentro de esta clasificación en una de las tres categorías: (11,46)

a. Colaborador

Niños que están bastante relajados, mínimamente aprehensivos y, a veces, incluso muestran entusiasmo, lo que permite tratarles de una forma franca y conforme a su comportamiento. Presentan un nivel razonable de cooperación y al establecer unas

normas generales de conducta, el profesional puede realizar el tratamiento eficazmente. (45,46)

b. No colaborador

Esta categoría está formada por dos grupos de niños, el de los muy pequeños, que debido a su corta edad, no es posible establecer una relación de comunicación franca y no se puede esperar una total comprensión por su parte. McDonald 1969, señala que estos niños se encuentran en una etapa precooperativa. El otro grupo no colaborador, es aquel en donde los niños presentan algún tipo de problema de salud que les incapacita o debilita impidiendo una comunicación o colaboración de la manera usual. Con ellos, en ocasiones se hace necesaria la utilización de técnicas especiales de control de comportamiento. (45,46)

c. Potencialmente colaborador

En esta categoría se agrupan a los niños con una nomenclatura característica importante, ya que se clasifica como un niño que presenta un problema de comportamiento. Sin embargo, los pacientes catalogados en este grupo, sí tienen la capacidad de colaborar a diferencia del grupo de los no colaboradores. La identificación de un niño que pertenece a esta categoría es altamente significativa ya que, es posible modificar su comportamiento y obtener su colaboración. Un paciente niño potencialmente colaborador puede ubicar su comportamiento dentro de una gama de reacciones adversas manifestadas como conducta descontrolada, desafiante, tímida, colaboración tensa y de llorón o de gimoteo. (45,46)

- **Conducta descontrolada:** este tipo de comportamiento se puede presentar en niños de tres a seis años de edad y por lo regular se evidencia en la primera visita. Se caracteriza por llanto recio y lágrimas, sugiriendo un estado de ansiedad muy puntual. Solo ocasionalmente se observa en niños mayores. (25,45)
- **Conducta desafiante:** se distingue por las frases que pronuncian “Yo no quiero, yo no haré”, sus padres por lo general no proveen suficientes guías apropiadas a su comportamiento. El desafío se puede manifestar en otras formas como resistencia

pasiva; en estos casos existe una falla en la comunicación, el niño no responde verbalmente cuando el odontólogo intenta involucrarlo en el procedimiento. Cuando el profesional quiere introducir un instrumento puede negarse rotundamente a abrir la boca y aprieta los dientes. (25,45)

- **Conducta tímida:** la timidez es una forma más suave de negativismo, sin embargo si estos niños se manejan inapropiadamente, su comportamiento puede deteriorarse y convertirse en comportamiento incontrolable. Algunos se esconden detrás de sus padres, no lloran histéricamente y en ocasiones dirigen sus manos hacia los ojos para llorar pero retienen sus lágrimas, puesto que no quieren que se les vea llorar. Los tímidos son altamente ansiosos, no siempre escuchan o comprenden las instrucciones. (25,45)
- **Conducta tensa cooperativa:** el comportamiento de algunos niños puede estar en la frontera positivo-negativo. Pueden aceptar el tratamiento con conducta extremadamente tensa sin violencia ni agresividad. El tenso cooperativo fue acuñado por Lamsphire en 1970, específicamente para este tipo de comportamiento. (45) Debido a que estos pacientes aceptan el tratamiento y que controlan sus emociones, el odontólogo puede cometer el error de no observar los signos de esta conducta. Por ejemplo, el sudor en las palmas de las manos, leve temblor de cuerpo y los ojos siguen los movimientos del profesional y la asistente. Estos niños crecen aceptando la Odontología pero expresan disgusto a su experiencia personal. (45)
- **Llorón o de gimoteo:** están en medio de tímido y tenso cooperativo. Los llorones permiten al odontólogo proceder pero gimotean durante todo el procedimiento a pesar de todos los estímulos que se le proporcionan. El niño llorón es identificable notablemente, su llanto no es particularmente alto, es controlado, raramente es acompañado de lágrimas. Estos niños pueden ser desesperantes y se necesita mucha paciencia para tratarlos. (45)

2. Escala de puntuación del comportamiento de Frankl

Esta es una escala de tipo global descrita por Frankl, Shiere y Fogels en 1962 y ha sido altamente aplicada en estudios de psicología conductista y del manejo del comportamiento

infantil, debido a que ofrece una medición sencilla, práctica y de fácil aplicación en comparación con otras. Frankl establece cuatro categorías, a las cuales les asigna una puntuación que va desde muy negativa hasta muy positiva. (11,25,36)

a. Puntuación 1: definitivamente negativo

El niño rechaza el tratamiento, grita dentro de un llanto fuerte, realiza movimientos fuertes con las extremidades o forcejeo, no es posible la comunicación verbal, mantiene un comportamiento agresivo pero a la vez temeroso y/o presenta cualquier otro signo extremo de negación. (11,25,36,46)

b. Puntuación 2: parcialmente negativo

El niño rechaza el tratamiento, se conduce con timidez, bloqueando la comunicación y no es colaborador. Presenta signos de actitud negativa con llanto monótono sin embargo, acepta y acata algunas órdenes. (11,25,36,46)

c. Puntuación 3: parcialmente positivo

Existe aceptación del tratamiento pero el paciente se muestra cauteloso y reservado, en ocasiones puede tener un llanto esporádico, sí se puede establecer comunicación verbal y muestra voluntad para colaborar con el odontólogo; pero es posible que su comportamiento oscile entre parcialmente negativo y parcialmente positivo. (11,25,36,46)

d. Puntuación 4: definitivamente positivo

El niño muestra una buena relación con el odontólogo, es completamente colaborador y existe una buena comunicación entre ambos. Acepta el tratamiento, ríe, tiene control de las extremidades y relajación, además de tener motivación e interés por el tratamiento y reconoce la importancia del cuidado y la prevención. (11,25,36,46)

E. EL PACIENTE DISCAPACITADO

El paciente discapacitado, deficiente o paciente especial, es aquel que por largos períodos de tiempo, por condiciones físicas, mentales o sensoriales, está limitado de una participación

completa en las actividades normales de su grupo de edad, incluyendo aquellas de naturaleza social, recreativa, educacional y vocacional. (27,41)

1. Discapacidad auditiva

Se define como la pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje y el habla, se debe tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño y la niña, a edades tempranas, va a afectar su desarrollo lingüístico y comunicativo, sus procesos y consecuentemente, su posterior integración escolar, social y laboral. Aunque el término de sordera implica un determinado grado de pérdida auditiva, éste, se ha utilizado y se utiliza tradicionalmente para hacer referencia tanto a la pérdida leve como profunda, generalizando su uso en la designación de cualquier deficiencia auditiva. (1) Por ello, es necesario establecer la diferencia en los conceptos siguientes:

- **Sordera:** Es la pérdida de la audición que altera la capacidad para la recepción, discriminación, asociación y comprensión de los sonidos tanto del medio ambiente como de la lengua oral. La pérdida auditiva es mayor de 90 dB, lo que permite oír sólo algunos sonidos fuertes del ambiente. En términos generales el término sordera se ha aplicado frecuentemente para designar a la pérdida auditiva, pero en realidad es un tipo de hipoacusia. (27)
- **Sordera súbita:** es una hipoacusia de tipo neurosensorial, puede aparecer de forma brusca en un lapso de horas o días y varía desde una hipoacusia leve hasta la pérdida total de audición. Puede ser permanente o regresar espontáneamente a la normalidad. (27,43)

2. Características conductuales del paciente pediátrico con discapacidad auditiva

Para el odontólogo es una ventaja conocer los factores que conciben la personalidad y el comportamiento de sus pacientes, al igual que las tensiones que afectan específicamente al paciente con limitación auditiva. Algunas personas con afecciones limitantes como la

discapacidad auditiva, se les han sido negadas las diversas experiencias estimulantes y exposiciones significativas para el crecimiento y el desarrollo normal. (19)

El niño sordo, desde su nacimiento experimenta experiencias no convencionales para el aprendizaje que afectan su capacidad de ajuste social y sus relaciones emocionales. Por tal motivo, se considera que la superación de las dificultades estriba en vencer los obstáculos existentes en la comunicación para disminuir la susceptibilidad a la falta de ajuste y ayudarlo en el proceso de desarrollo. (2,19,40)

Puesto que el rango de funcionamiento y capacidad intelectual en los niños con limitación auditiva es igual al de sus pares oyentes; la mayor diferencia entre ambos no se encuentra en la habilidad innata, sino que el niño con discapacidad auditiva, por lo general, no cuenta con las mismas oportunidades de comunicación. Aunado a esto, pocos son los niños sordos que tienen padres sordos, ello representa que la mayoría de padres de sordos no han tenido la necesidad de comunicarse con personas con este tipo de características, por lo tanto desconocen el código de comunicación de ese universo, representando un gran déficit en experiencia e información para el hijo sordo. Esto avala que dentro del contexto social, el niño sordo es menos asertivo y más temeroso que sus pares oyentes, lo que significa dificultades en la interacción social y la comunicación. Sin embargo, para la Odontología es sumamente importante que en varios estudios realizados para valorar el grado de independencia de niños con problemas auditivos, se haya demostrado que poseen conductas sociales independientes equivalentes a las de los niños con audición normal. (37,40)

De manera concreta, la sordera no constituye una personalidad particular, sin embargo, frecuentemente a la población con problemas auditivos se les atribuye una serie de rasgos característicos apoyados por varios estudios que confirman en mayor o menor medida la presencia de ellos: escasa madurez, poca comprensión y seguimiento de normas, reacciones de pasividad e indiferencia ante lo que no es capaz de hacer o comprender, actitudes de defensa ante los demás, búsqueda de compañía de otros sordos, aislamiento del mundo oyente, baja autoestima, falta de iniciativa, dependencia de otras personas. (28,31)

Estudios recientes señalan que las características anteriores no deben considerarse en ningún caso como rasgos de personalidad de la población sorda, sino más bien, como características de un desarrollo social y personal inmaduro. Y aunque en algunos estudios aparecen reflejadas ciertas características asociadas a la sordera, no se debe considerar que la sordera por sí misma sea causa de desadaptación social y aislamiento, más bien, éstas son resultado de las reacciones del medio ante un niño con sordera donde tiene especial importancia la limitación en el desarrollo comunicativo. (2,31,40)

3. Manejo clínico del paciente pediátrico con discapacidad auditiva

Al considerar las diversas estrategias en la atención odontológica de pacientes pediátricos con limitación auditiva, existe la preocupación en la elección de la forma correcta y necesaria que satisfaga las necesidades de cada paciente. Por lo general, la atención odontológica no se basa en una sola forma terapéutica del control de la conducta, sino que en una combinación de todas las modalidades necesarias y que a la vez se complementen entre sí para favorecer su eficacia y alcanzar sus objetivos. (3,19,26,30)

- Cualquier niño con afección sensorial debe ser tratado paulatinamente hasta que sea capaz de percibir el tratamiento y comprenda su importancia. Al igual que con todos los pacientes que se acercan al consultorio, se deben tomar en cuenta todos los factores que puedan influenciar la conducta del niño durante la situación odontológica. Y debido a que la atención adecuada al infante, es la base de la salud oral de cualquier persona, ya que un tratamiento odontológico inadecuado o insatisfactorio realizado en la infancia, puede alterar de manera permanente al sistema estomatognático. (26,36)
- Durante la atención odontológica de un paciente infantil con hipoacusia, el odontólogo aplicará la o las técnicas de control conductual que mejor se ajusten a las necesidades de cada paciente según las indicaciones de cada técnica y a más de eso, puede contar con un protocolo de atención para casos particulares con el único objetivo de adecuar las estrategias existentes sustentadas científicamente para brindar una atención más confortable, pero sin realizar una clasificación de pacientes que promueva la inflexibilidad en el tratamiento. (19)

- Dentro de las técnicas de control de la conducta y según el grado de agudeza auditiva de los pacientes, se encuentran principalmente: decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, lenguaje pediátrico, desensibilización, modelado, distracción, el toque sutil y comunicación no verbal. Las técnicas de refuerzo negativo y tiempo y fuera podrían utilizarse cuando la afección auditiva sea leve y que el paciente comprenda a la perfección el objetivo de ellas, al igual que las técnicas de restricción física, utilizadas en forma terapéutica. (30)
- El manejo debe estar lleno primordialmente de paciencia. En ocasiones, el paciente acude a la consulta con un intérprete, frecuentemente son los padres, siendo de mucha utilidad para el proceso de comunicación. El odontólogo debe ser sensible a la variedad de preocupaciones que puede presentar el paciente, las cuales varían desde la más elemental hasta la más compleja. (13,33)
- Para definir el tipo de comportamiento que se dará al paciente, el profesional debe conocer los fundamentos básicos del desarrollo emocional del paciente pediátrico y las características de cada una de las etapas, la clasificación del comportamiento, grado de comunicación, así como su entorno social y familiar. (19,30)
- El examen, diagnóstico, prevención e intervención de las patologías bucales en los pacientes pediátricos, no se pueden desligar de los aspectos psicológicos y sociales inherentes del niño, ya que el punto más relevante radica en la importancia del acondicionamiento a la consulta, porque a través de un abordaje conductual, el manejo de éste se facilitará notablemente. (19,32,33)
- Por lo general, en la mayoría de los casos, la atención se basa en la técnica decir-mostrar-hacer, pero es fundamental apoyarse en una variedad de técnicas para la comunicación utilizando palabras sencillas y evitar la utilización de instrucciones dobles. (19)
- Para la primera visita a la clínica, será aconsejable mostrar libros y folletos que ofrezcan una imagen realista de esa nueva situación sin inducir al paciente un estado emocional ansioso. Utilizar material atractivo (clasificar el color o decorado de

preferencia colores intensos). Establecer comunicación con el paciente y sus acompañantes. El modelado es también muy útil. (30,33)

- La presencia de una deficiencia auditiva será referida en la historia clínica. Se solicitará un historial médico completo del paciente, su estado físico, psicológico, así como el perfil de aprendizaje o el tipo de lenguaje utilizado por el niño. Estar al tanto del uso de prótesis para saber si el ruido del compresor o de la pieza de mano afecta al niño. (19,30,33)
- La atención odontológica del paciente con deficiencias auditivas es semejante a la de sus pares oyentes, explicando cada procedimiento según su edad. (técnicas: decir-mostrar-hacer, lenguaje pediátrico, modelado). (25)
- En la clínica dental el trabajo es en equipo, que estará constituido por el paciente, el odontólogo, el personal auxiliar y los padres, por eso es importante presentarle al paciente todo el personal que labora en la clínica o que de alguna manera tendrá contacto con el paciente para evitar su rechazo a personas desconocidas. Además de que cada integrante del equipo de trabajo en el consultorio tiene la función de guiar y dirigir el buen comportamiento del paciente. (19,25,30,33)
- Es de suma importancia la ayuda de los padres en el momento de los procedimientos operatorios, especialmente en el momento de la aplicación de la anestesia local y la percepción del efecto de la misma. En estos momentos el odontólogo y la asistente deben apoyarse en los padres para la interpretación de este procedimiento. Anteriormente los padres deben haber sido instruidos por el profesional para llevar a cabo esta tarea y evitar comportamientos disruptivos en el paciente. (19)
- El auxiliar no llamará al paciente por su nombre, a no ser que se acerque a él; en este caso le dirá el nombre que le agrada más al paciente y lo conducirá al sillón dental con una actitud serena y amigable para reunirse junto con el odontólogo y el intérprete, de tal forma que el paciente pueda verlos con facilidad. Llamar al paciente por el nombre que más le guste ayudará a que el contacto profesional sea más personal. (7,11,14,19,30,46)

- El odontólogo y la asistente comunicarán sus ideas mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de palabras, evitando así que el paciente se sienta aislado. (7,11,30,33)
- Durante las explicaciones es aconsejable hablar frente al paciente y no usar mascarillas, ya que éstas les impiden ver los gestos, negándoles la mayor parte de las expresiones faciales, si el paciente hace lectura labial, enseñarle las nuevas palabras que se utilizarán, cumpliendo con la técnica decir-mostrar-hacer. (30,33)
- Una caricia o un apretón de manos constituyen un refuerzo positivo para el paciente, siendo una forma importante de expresar agrado hacia él o exhortarlo a seguir adelante con el tratamiento, analizando siempre la frecuencia de trabajo a utilizar con el paciente, ya que las sesiones de corto tiempo no inducen a estados de ansiedad. (18,30,39)
- Percepción del tiempo: el niño enumera las acciones que ha realizado para darse cuenta del tiempo que ha pasado, cuando hay un paso brusco de una actividad a otra y éste paso causa cierta frustración, el paciente deficiente auditivo puede responder con mayor vehemencia que el oyente, quien ha tenido tiempo de ir haciéndose a la idea. (19,30)
- El odontólogo deberá explicar todo lo que sucede, ya que el paciente con deficiencia auditiva teme lo desconocido. Se le mostrarán los instrumentos y el equipo, para que los toque en forma educacional, se le informará que va a percibir vibraciones ocasionadas por el equipo, advirtiéndole que son normales. La secuencia de trabajo será siempre decir-mostrar-hacer. Un ejemplo puede ser accionar el instrumental rotatorio con fresa de baja velocidad con una velocidad tan lenta que le permita al paciente ver el funcionamiento del instrumento sobre la uña del pulgar del profesional, luego éste puede realizar lo mismo en la del paciente para que perciba el movimiento y vibración. Con esto el paciente será más receptivo en los tratamientos odontológicos de rutina. (19,25)

- Evitar el bloqueo del campo visual. La utilización del dique de goma en los procedimientos dentales puede generar un comportamiento negativo si le impide la visión, ya que es la forma principal de comunicación por parte del paciente, aumentando así el aislamiento y la ansiedad. (19,33)
- La comunicación efectiva entre el odontólogo y su paciente es básica en el arte y la ciencia del manejo del paciente. El profesional tiene bajo su rol el control verbal y no verbal, debe hacer sus requerimientos de comportamiento de forma clara y utilizando un medio verbal y no verbal acorde a la edad del paciente. (39)
- Es conveniente que el profesional otorgue toda su atención al paciente para que éste sepa que el odontólogo se encuentra realmente interesado en él como persona. (19)
- En los casos en los cuales los aspectos verbales de comunicación no produzcan una reacción, el odontólogo deberá emplear técnicas no verbales. Dependiendo del grado de agudeza auditiva, la comunicación que se genera con el toque sutil, es una técnica muy satisfactoria como parte del afecto y aprobación y el refuerzo positivo. (19)
- Es necesario que el profesional acepte los sentimientos del paciente, sin negar su percepción; todos los sentimientos son permitidos, lo que se limita son las acciones. Solamente después de que un niño se sienta bien, podrá pensar correctamente y, sólo después de pensar correctamente, podrá reaccionar positivamente. (32,33,46)

4. Comunicación odontólogo-paciente

Para los niños con audición auditiva, el desenvolverse en un mundo que gira entorno a la oralidad, hace que sus relaciones sociales y sistemas de comunicación se tornen difíciles. En muchos casos, la atención odontológica a pacientes con esta limitación, se dificulta debido a los múltiples problemas de expresión entre el clínico y el paciente, razón por la cual, se hace necesaria la dotación de herramientas y conocimientos para superar las barreras de comunicación y simultáneamente brindar una atención adecuada. (3,16,38,40)

El acondicionamiento del comportamiento del paciente es realizado por medio de procedimientos que reúnen habilidades técnicas del profesional y del relacionamiento

interpersonal que permitirán el desarrollo de la relación amistosa paciente-odontólogo, a partir de la preocupación del profesional por fortalecer en el paciente la confianza y reducir la ansiedad. (14,19)

F. AUDICIÓN

Para las ondas de sonido y las vibraciones mecánicas, el segundo es la unidad de tiempo más conveniente, durante muchos años las frecuencias acústicas han sido expresadas en ciclos por segundo (cps o c/s). En 1960 en la Undécima Conferencia General sobre Pesos y Medidas, efectuada en París, se recomendó que esta medida de frecuencia, ciclo por segundo, fuera conocida como Hertz, (Hz en honor al físico alemán Heinrich Hertz, quien estudió la audición electromagnética y describió las ondas hertzianas). (44)

Para comprender el proceso de la audición, es preciso conocer los conceptos de sonido, frecuencia y volumen. El sonido se produce por la vibración de las moléculas en el aire, el agua o algún otro medio. La frecuencia es el número de vibraciones del medio por segundo. El volumen o intensidad del sonido, se mide en decibeles (dB). Para medir qué tan bien oye un individuo a diferentes frecuencias, se usa un rango de 0 a 120 dB, o más, por lo general, provoca dolor en el ser humano, siendo éste el umbral de dolor donde se puede causar daños al oído. (17,37,44)

1. Umbral de audición

El umbral de audición es la intensidad mínima de sonido capaz de impresionar al oído humano. Aunque no siempre este umbral sea el mismo para todas las frecuencias que es capaz de percibir el oído humano, es el nivel mínimo de un sonido para que logre ser percibido. El valor normal se sitúa entre 0 dB audiométrico (equivalentes a 20 micropascales) y 25 dB audiométricos. (44)

2. Problemas de audición

Las personas con pérdida de audición pueden experimentar alguno o todos de los problemas siguientes: (43)

- Dificultad para escuchar conversaciones, especialmente cuando hay ruido de fondo.

- Siseo, ronquido o zumbido en los oídos (tinitus o acúfenos)
- Dificultad para oír la televisión o la radio a un volumen normal.
- Fatiga e irritación causada por el esfuerzo para oír.
- Mareo o problemas de equilibrio (vértigo).

G. HIPOACUSIA

La hipoacusia es la pérdida parcial o déficit funcional de la capacidad auditiva en mayor o menor grado (discapacidad auditiva). Esta pérdida desde leve o superficial hasta profunda. En decibeles se considera más de 40 en adelante y puede ser unilateral o bilateral. Las personas con hipoacusia leve y moderada habitualmente utilizan el canal auditivo y el lenguaje oral para comunicarse. Se benefician del uso de auxiliares auditivos para recuperar hasta en un 20 a 30% de la audición. En general, la pérdida auditiva no afecta sólo a la intensidad del sonido, sino que la percepción puede estar más conservada en los sonidos de baja frecuencia (graves) que en los de alta frecuencia (agudos). (27,17,43,44)

La clasificación de la pérdida auditiva será distinta en función de los fines, criterios y puntos de vista de los autores que abordan el tema. Debido a esto, se presentará una amplia clasificación según la característica de tipificación.

1. Clasificación audiológica o cuantitativa

El criterio cuantitativo se refiere al grado de deficiencia o cantidad de audición que ha perdido la persona de acuerdo con el campo dinámico de la voz humana en una conversación. Es la clasificación más didáctica a efectos prácticos. Tomando como referencia la pérdida auditiva o umbral de nivel de audición medida en decibeles (dB) (1,27,33,43)

a. Audición normal

El sujeto no tiene problemas en la percepción de la palabra. El umbral de audición tonal no sobrepasa los 20 dB en la gama de frecuencias conversacionales. (1,27,33,43,44)

b. Hipoacusia leve

Pérdida no superior a 40 dB, la voz leve o lejana no es percibida. En general la niña o niño es considerado poco atento, y su detección es importantísima debido al desarrollo social y cognitivo. Las personas con hipoacusia leve, pueden tener dificultades en ambientes ruidosos. (1,27,33,43,44)

c. Hipoacusia moderada

Pérdida comprendida entre 41 y 60 dB. El umbral de audición se encuentra en el nivel conversacional medio. (1,27,33,43,44)

d. Hipoacusia severa

Pérdida comprendida entre 61 y 80 dB. Al elevar la intensidad de la voz, ésta puede ser percibida. (1,27,33,43,44)

e. Hipoacusia profunda

Pérdida superior a 81 dB. Sin la rehabilitación apropiada, estos niños no hablarán, sólo percibirán los ruidos muy intensos y será casi siempre, más por la vía vibrotáctil que por la auditiva. (1,27,33,43,44)

2. Clasificación otológica o topográfica

Con respecto al lugar donde asienta la lesión que produce el déficit: (1,27,33,43)

a. Hipoacusia conductiva o de transmisión

Ocurre debido a problemas mecánicos o patologías en el oído externo o medio, que impiden que las ondas sonoras que llegan del exterior estimulen adecuadamente las células del órgano de corti, por lo que no puede transformarse en el impulso eléctrico necesario para su transmisión al sistema nervioso central a través del nervio acústico. La hipoacusia conductiva puede ser reversible. (1,27,33,43)

b. Hipoacusia neurosensorial o de la percepción

Se debe a diversas causas a nivel del oído interno o en las vías aferentes auditivas. Entre las causas más frecuentes se encuentran: daños ocasionados por la edad, el ruido,

enfermedades clasificadas como TORCHES (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus y herpes). Cuando la anomalía afecta al oído interno, habitualmente la lesión afecta a las células ciliadas de la cóclea, de modo que aunque la onda mecánica del exterior llegue sin dificultad a ella, su mal funcionamiento provoca distorsiones en la percepción central de los distintos parámetros del sonido (frecuencia, intensidad y timbre) es decir, se producen problemas en la función de la transducción o paso de información sonora de naturaleza mecánica (sensorial) a impulso eléctrico (neurológica) comprensible para el sistema nervioso central. (1,27,33,35,43,44)

c. Hipoacusia mixta

Es aquella en la que la patología o la lesión puede estar en el oído externo y medio o interno; es decir, por alteración simultánea de las estructuras de la vía de conducción del sonido como en las de percepción. (1,27,33,43,44)

3. Clasificación etiológica

De acuerdo con la etiología de la hipoacusia: (1,27,33,43)

a. Prenatales

Alteraciones ocasionadas en el sistema auditivo durante el período de desarrollo intrauterino. Entre las causas prenatales más frecuentes se encuentran las infecciones especialmente si son víricas y se padecen en las primeras seis semanas de gestación (TORCHES, mal nutrición materna, intoxicación y traumatismos). (1,27,33,43)

b. Perinatales

Daño al sistema auditivo durante el parto: traumatismos (fórceps), sufrimiento fetal (anoxia-hipoxia), eritroblastosis fetal, prematuridad y/o bajo peso al nacer que precise incubadora (impacto neurológico de la estimulación auditiva sobre un sistema inmaduro), incompatibilidad RH, niveles elevados de bilirrubina. (1,27,33,43)

c. Postnatales

Causas que producen daño al oído a lo largo de la vida: infecciones severas o recurrentes del sistema auditivo, traumatismos, infecciones bacterianas, exposición

recurrente a sonidos de alta intensidad, fármacos ototóxicos y enfermedades metabólicas. (1,27,33,43)

4. Clasificación locutiva

Según el momento de inicio, y se relaciona con el lenguaje aunque esta clasificación algunos autores no la apoyan, ya que la capacidad locutiva o del habla puede ser desarrollada pero depende de dos factores, la estimulación de aprendizaje y el nivel de desarrollo de la cuerdas vocales (una persona con pérdida profunda de oído no significa que no tenga desarrolladas físicamente las cuerdas vocales). (44)

a. Hipoacusia prelocutiva

Aparece antes de la adquisición del habla, según el desarrollo cognoscitivo, corresponde alrededor de uno o dos años de edad, impidiendo el desarrollo normal del lenguaje. Lógicamente los niveles de comprensión y expresión que se alcancen, serán muy deficientes en función del grado de pérdida auditiva y el nivel de conversación; en la hipoacusia prelocutiva o perilocutiva profundas, se dificulta la adquisición del lenguaje oral a través de la vía auditiva. (1,27,28,33,37,40)

b. Hipoacusia perilocutiva

Mientras se adquiere el lenguaje oral, alrededor de los dos o tres años de edad. Es precisamente hasta los dos o tres años el “período crítico” cuando existe en el ser humano la mayor plasticidad neuronal y con eso se establecen las bases del desarrollo del lenguaje y de la comunicación. Es absolutamente indispensable actuar, para que el niño adquiera la mayor cantidad posible de estructuras comunicativas y lingüísticas durante el período en que se encuentra sociológica y biológicamente mejor preparado para ello. En niños con hipoacusia prelocutiva leve o moderada, al igual que en los que padecen hipoacusia perilocutiva del mismo rango, no están privados de adquirir el lenguaje oral a través de la vía auditiva. (1,28,33,37,40)

c. Hipoacusia poslocutiva

Después del desarrollo del lenguaje, más allá de los tres años de edad. Si la pérdida auditiva se produce cuando ya existe conocimiento del lenguaje oral, algunos niños

pueden experimentar ciertos problemas en el ámbito social, pero a priori, son los casos menos dramáticos. El momento en el que se produce la pérdida de la audición, es determinante para la adquisición del lenguaje oral. (1,21,28,33,37,40)

5. Clasificación según déficit auditivo

a. Hipoacusia unilateral

Este tipo de pérdida afecta un solo oído y puede variar desde una pérdida leve hasta una pérdida profunda. La mayoría de los niños con este tipo de pérdida tienen problemas localizando la fuente del sonido. Algunos también experimentan dificultad para prestar atención en ambientes ruidosos. (28,33)

b. Hipoacusia bilateral

Afección en ambos oídos, en cualquier grado de pérdida auditiva. (28,33)

IV. MARCO METODOLÓGICO

A. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Describir las técnicas no farmacológicas para el control de la conducta utilizadas en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, atendidos en la Unidad Odontológica del Hospital de ojos y oídos “Rodolfo Robles Valverde” durante el mes de enero de 2015

2. Específicos

- a. Identificar las técnicas utilizadas para el control de la conducta para atender pacientes pediátricos en la Unidad Odontológica del Hospital de ojos y oídos Rodolfo Robles Valverde de acuerdo a la edad del paciente.
- b. Identificar las técnicas utilizadas para el control de la conducta para atender pacientes pediátricos en la Unidad Odontológica del Hospital de ojos y oídos Rodolfo Robles Valverde de acuerdo al grado de agudeza auditiva del paciente.
- c. Identificar las técnicas utilizadas para el control de la conducta para atender pacientes pediátricos en la Unidad Odontológica del Hospital de ojos y oídos Rodolfo Robles Valverde de acuerdo al tipo de conducta o comportamiento del paciente.

B. VARIABLES:

Las variables a considerar en este estudio fueron:

1. Técnicas no farmacológicas comunicativas y no comunicativas utilizadas para el control de la conducta en pacientes pediátricos.
2. Edad de los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva.
3. Grado de agudeza auditiva
4. Tipo de comportamiento de los pacientes con discapacidad auditiva

1. Técnicas no farmacológicas comunicativas y no comunicativas utilizadas para el control de la conducta en pacientes pediátricos.

a. Definición conceptual

Las técnicas no farmacológicas comunicativas son el conjunto de procedimientos y recursos aplicados al manejo y control de la conducta de que se sirve la odontología en la atención de los pacientes para llevar a cabo los tratamientos. Para este estudio se tomaron los siguientes valores: 1) mano sobre boca, 2) decir-mostrar-hacer, 3) lenguaje pediátrico, 4) control de voz, 5) refuerzo positivo, 6) refuerzo negativo, 7) tiempo y fuera, 8) escape contingente, 9) desensibilización, 10) modelado, 11) distracción, 12) el toque sutil, 13) comunicación no verbal, 14) sugestión.

Las técnicas no farmacológicas no comunicativas son el conjunto de procedimientos y recursos aplicados al manejo y control de la conducta de que se sirve la odontología para restringir los movimientos de los pacientes para llevar a cabo los tratamientos. Para este estudio se consideraron los siguientes valores: 1) inmovilización con abrebocas, 2) en la silla odontológica, 3) inmovilización con aditamentos especiales para la restricción de movimientos articulares del paciente, 4) en los brazos de la madre 5) rodilla a rodilla (knee to knee).

b. Definición operacional e indicadores

b.1 Técnicas no farmacológicas comunicativas:

b.1.1 Decir-Mostrar-Hacer:

Definición: El paciente recibe las explicaciones del procedimiento que se realizará, se le muestra con qué y por último se efectúa el procedimiento.

Indicador: Si el odontólogo le da las instrucciones al paciente, le muestra el equipo que se empleará y posteriormente efectúa el tratamiento.

b.1.2 Mano sobre boca:

Definición: Ante unas conductas inaceptables de gritos y llanto innecesarias, el odontólogo coloca su mano sobre la boca del paciente y le

indica que ante la supresión de esa conducta retira la mano y le insta a colaborar con una conducta apropiada durante el tratamiento.

Indicador: Si el odontólogo le coloca suavemente la mano sobre la boca del paciente y a la vez le indica la conducta que se necesita de su parte y luego retira la mano.

b.1.3 Lenguaje pediátrico:

Definición: El odontólogo utiliza eufemismos y selecciona las palabras de la conversación e instrucciones acordes a la edad del paciente durante el tratamiento.

Indicador: Si el odontólogo emplea palabras acorde a la edad del paciente, además de eufemismos.

b.1.4 Control de voz:

Utilización de diferentes tonalidades de voz, además de expresiones faciales para dar énfasis al mensaje que se quiere transmitir hacia el paciente para establecer autoridad ante una conducta inaceptable por parte del paciente.

Indicador: Si el odontólogo utiliza diferentes tonalidades de voz, acordes a la variación del comportamiento del paciente durante el tratamiento.

b.1.5 Refuerzo positivo:

Definición: Estimulación al paciente ante conductas apropiadas. Pueden ser elogios o premios.

Indicador: Si el odontólogo premia o elogia al niño durante el tratamiento en cada demostración de buena conducta.

b.1.6 Refuerzo negativo:

Definición: Eliminación de un atractivo del paciente ante conductas inaceptables, con la advertencia del retorno del atractivo ante el cambio positivo de la conducta.

Indicador: Si el odontólogo advierte la eliminación de algo que constituye un atractivo para el paciente, ante una conducta disruptiva, condicionando su regreso ante el cambio positivo de conducta.

b.1.7 Tiempo y fuera:

Definición: Suspensión del tratamiento por unos minutos debido a conductas inapropiadas del paciente (adolescente) para atraer nuevamente su atención y colaboración para efectuar los procedimientos odontológicos.

Indicador: Si el odontólogo en algún momento suspende por unos minutos el tratamiento advirtiéndole al paciente que a su regreso debe mostrar una conducta aceptable.

b.1.8 Escape contingente:

Definición: Condicionado al buen comportamiento del paciente, se permite que éste tome participación durante el tratamiento mediante la elección de opciones que se le expongan al momento de efectuar los procedimientos odontológicos.

Indicador: Si el odontólogo le da participación activa al paciente durante el tratamiento, posteriormente a la explicación de las instrucciones y condicionado a una buena conducta.

b.1.9 Desensibilización:

Desensibilización: Llevar a cabo los procedimientos odontológicos en forma gradual de menor a mayor grado de ansiedad que pueda resultar para el paciente.

Indicador: Si el odontólogo le explica con paciencia los objetivos del tratamiento al paciente y efectúa éstos en orden de menor a mayor complejidad; aunado a la inducción de técnicas de respiración para disminuir la ansiedad.

b.1.10 Modelado:

Definición: Utilización de modelos (otro paciente, videos o muñecos) para indicarle al paciente la conducta que debe tener en situaciones similares.

Indicador: Si el odontólogo utiliza modelos (videos, muñecos u otros niños donde se muestre una conducta apropiada) para que el paciente imite la conducta.

b.1.11 Distracción:

Definición: Utilización de objetos o conversaciones para distraer la atención del paciente de los procedimientos desagradables.

Indicador: Si el odontólogo utiliza artulugios para desviar la atención del paciente de procedimientos desagradables.

b.1.12 El toque sutil:

Definición: Caricias sutiles y palabras de cariño efectuadas al paciente para transmitirle confort, seguridad y aceptación.

Indicador: Si el odontólogo utiliza caricias y palabras que expresan cariño.

b.1.13 Comunicación no verbal:

Definición: Gestos y ademanes que realiza el odontólogo acompañados de la comunicación verbal para transmitir con simpatía los mensajes al paciente.

Indicador: Si el odontólogo utiliza gestos (expresiones faciales) y ademanes coherentes con la comunicación verbal durante el tratamiento para que los mensajes hacia el paciente sean percibidos de manera adecuada.

b.1.14 Sugestión:

Definición: Selección de palabras, gestos y ademanes para dirigirse al paciente, acompañados de instrucciones de ejercicios de respiración para la inducción de relajación y colaboración del paciente ante los procedimientos odontológicos.

Indicador: Si el odontólogo utiliza palabras apropiadas para inducir al paciente a un estado de relajación para obtener una conducta apropiada para efectuar

el tratamiento odontológico, y si esas palabras van acompañadas de ejercicios de respiración.

b.2 Técnicas no farmacológicas no comunicativas (de restricción o inmovilización):

b.2.1 Inmovilización con abre bocas:

Definición: Colocación intraoral de dispositivos que constituyan un abre bocas para restringir el movimiento de cierre bucal.

Indicador: Si el odontólogo utiliza un abre bocas para restringir los movimientos del paciente durante el tratamiento.

b.2.2 En la silla odontológica:

Definición: Indicaciones a la madre para que se ubique en cierta posición sobre la silla odontológica, para el control y restricción de movimientos de su hijo (paciente). Puede ser cualquiera de las cuatro posiciones: madre parada, cuerpo a cuerpo, madre sentada, posición de pecho.

Indicador: Si el odontólogo le indica a la madre que se coloque en una posición de apoyo para restringir los movimientos del paciente (madre parada, cuerpo a cuerpo, madre sentada, posición de pecho).

b.2.3 Hamaca especial para niños:

Definición: Utilización del aditamento de este nombre para restringir movimientos articulares del paciente. Marcas comerciales: easy baby, mape, macri.

Indicador: Si el odontólogo utiliza los aditamentos de inmovilización (easy baby, mape y macri u otro similar)

b.2.4 Pediwrap, papoose-board, silla bebé confort:

Definición: Utilización de los dispositivos que corresponden a estos nombres que sirven para restringir los movimientos de los pacientes durante los procedimientos odontológicos.

Indicador: Si el odontólogo utiliza los accesorios de inmovilización física que corresponden a estos nombres.

b.2.5 En los brazos de la madre:

Definición: La madre sostiene en sus brazos a su hijo (paciente) mientras el odontólogo lo evalúa.

Indicador: Si el odontólogo le indica a la madre que se siente en una silla de oficina y que sostenga a su hijo (paciente) en los brazos.

b.2.6 Rodilla a rodilla (knee to knee)

Definición: Colocación del paciente sobre la superficie formada por las piernas de la madre y el odontólogo cuando ambos aproximan sus rodillas al sentarse de frente uno en cada silla.

Indicador: Si el odontólogo se sienta frente a la madre aproximando las rodillas de ambos y coloca al paciente en la superficie formada por las piernas del clínico y la madre.

c. Tipo de variable

Cualitativa

d. Instrumento

Instrumento recolector de datos

2. Edad de los pacientes.

a. Definición conceptual:

Tiempo que ha vivido el paciente desde su nacimiento.

b. Definición operacional e indicadores

Definición: Número de años cumplidos del paciente.

Indicador: Respuesta del odontólogo la pregunta: ¿cuántos años tiene el (la) paciente?

c. Tipo de variable

Cuantitativa

3. Grado de agudeza auditiva

a. Definición conceptual

El nivel de decibeles percibidos por el oído del paciente.

b. Definición operacional e indicadores

Definición: Para este estudio se utilizó la clasificación audiológica utilizada en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde de acuerdo a los siguientes datos:

Hipoacusia leve: 26 dB a 40 dB

Hipoacusia moderada 41 dB a 60 dB

Hipoacusia severa 61 dB a 80 dB

Hipoacusia profunda 81 dB a más

Indicador: Respuesta del odontólogo del dato registrado en el expediente médico respecto al grado de agudeza auditiva del paciente.

c. Tipo de variable

Ordinal

4. Tipo de comportamiento de los pacientes con discapacidad auditiva

a. Definición conceptual

Conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación.

b. Definición operacional e indicadores

b.1 Colaborador:

Definición: Paciente que presenta un estado de relajación y entusiasmo por lo que acepta el tratamiento odontológico.

Indicador: Al paciente se le observa, tranquilo, relajado y entusiasta (colaborador).

b.2 No colaborador:

Definición: Pacientes que debido a su corta edad no han desarrollado un nivel lingüístico que permite una óptima comunicación con su entorno. O pacientes que sí tienen un nivel lingüístico desarrollado pero presentan problemas de salud que les impide comunicarse y colaborar.

Indicador: Se observa que el paciente presenta una condición de salud que le impide colaborar o debido a la corta edad del paciente no se puede establecer comunicación franca.

b.3 Potencialmente colaborador:

Definición. Pacientes que sí tienen capacidad lingüística pero presentan comportamientos disruptivos.

Indicador: Se observa al paciente con todas sus facultades que le permiten colaborar en el tratamiento, pero debido a factores emocionales, se resiste colaborar durante él.

c. Tipo de variable

Cualitativa

C. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO:

Niñas y niños que asistieron a la Unidad Odontológica del Hospital de Ojos y Oídos Rodolfo Robles Valverde en febrero de 2015, quienes tienen diagnóstico de hipoacusia y comprendidos entre los tres y doce años de edad.

Se seleccionó una muestra por conveniencia de cien pacientes, los cuales se incorporaron al estudio con su asentimiento y el consentimiento informado y comprendido.

D. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

De inclusión:

1. Pacientes de ambos sexos comprendidos entre las edades de tres a doce años con el consentimiento informado de aprobación por parte de la madre, padre o adulto responsable del menor.
2. Pacientes de ambos sexos que den su asentimiento en el momento que se presenten a la unidad odontológica.

De exclusión:

1. Pacientes que durante la cita, exijan únicamente la presencia del odontólogo de la unidad odontológica del hospital de ojos y oídos Rodolfo Robles Valverde.
2. Casos en los cuales la madre, el padre o adulto responsable del menor no apruebe el consentimiento informado.

E. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en cuenta los cuatro principios bioéticos para la investigación en seres humanos, especialmente para este caso de pacientes con discapacidad auditiva considerado como grupo vulnerable. Respetando la autonomía de los pacientes al indicar no querer ser parte del estudio sin ser ocasión de perjuicio en su contra y que tampoco representaba riesgo alguno para el paciente.

De igual manera, los resultados de la investigación serán divulgados a donde corresponda para poder retroalimentar la atención odontológica.

F. LOS INSTRUMENTOS

Se utilizó un instrumento recolector de datos para donde se recopiló la información obtenida a través de la observación concerniente a las técnicas de control de la conducta utilizadas durante el tratamiento odontológico.

G. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación que se utilizó fue con enfoque descriptivo, porque se investigó, se describió, se registró, se analizó y se interpretó los fenómenos de los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva que reciben tratamiento odontológico.

H. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizó análisis estadístico descriptivo y se trabajaron los datos por porcentajes, utilizando cuadros comparativos para realizar interacciones de las variables para luego llegar al análisis e interpretación de resultados, presentación de conclusiones y las oportunas recomendaciones.

V. MARCO ADMINISTRATIVO

A. RECURSOS

1. Humanos:

- El odontólogo de la unidad odontológica del Hospital Rodolfo Robles Valverde.
- Los pacientes infantiles con discapacidad auditiva que acudieron a la unidad odontológica.
- La odontóloga practicante responsable de la observación de los procedimientos clínicos referentes al control de la conducta.

2. Materiales

- El instrumento impreso en papel para recabar toda la información necesaria durante la observación.
- Lapiceros de colores. Azul para identificar las técnicas utilizadas, negro para anotar la edad de los pacientes, verde para el nivel de hipoacusia y rojo para el tipo de comportamiento, que se registrarán en el instrumento recolector de datos.
- Computadora para tabular la información en una hoja electrónica de Excel con sus respectivas interacciones de las variables.

B. PROCESO

Se informó del estudio y se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Rodolfo Robles Valverde.

Los días programados para realizar el trabajo de campo se solicitó a los padres de familia la autorización a través del consentimiento informado y comprendido que debía estar firmado para que su hijo (a) formara parte del estudio.

Con ayuda de los padres se solicitó a los pacientes su asentimiento para participar en el estudio.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Entre las técnicas comunicativas y no comunicativas estudiadas en la presente investigación, se evidenció un mayor uso de las comunicativas, entre ellas, decir-mostrar-hacer y refuerzo positivo, utilizadas en el 100% de los pacientes y el toque sutil utilizada en el 97%. La técnica comunicativa con menor frecuencia utilizada fue tiempo y fuera con 15%. De las técnicas no comunicativas solamente se utilizó la técnica en la silla odontológica en un paciente que equivale a un 0.16% del 100% de la frecuencia del uso de técnicas empleadas correspondiente a 613. De las técnicas comunicativas no empleadas están mano sobre boca, refuerzo negativo y sugestión. Ver cuadro 1.

Cuadro No. 1

Distribución de la frecuencia de técnicas de control de la conducta utilizadas en los pacientes con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Técnicas no farmacológicas utilizadas					
Comunicativas	F	Porcentaje	No comunicativas	F	porcentaje
Mano sobre boca	0	0.0	En la silla odontológica	1	0.16
Decir-mostrar-hacer	100	16.31			
Lenguaje pediátrico	59	9.62			
Control de voz	0	0.00			
Refuerzo positivo	100	16.31			
Refuerzo negativo	0	0.00			
Tiempo y fuera	15	2.45			
Escape contingente	39	6.36			
Desensibilización	37	6.04			
Modelado	27	4.40			
Distracción	69	11.26			
El toque sutil	97	15.82			
Comunicación no verbal	69	11.26			
Sugestión	0	0.00			
Totales	612	99.84		1	0.16

Fuente: instrumento recolector de datos. F: frecuencia

Con respecto a la edad, existe una distribución de las edades de los pacientes de los tres a los doce años de edad. Con mayor frecuencia se presentaron los pacientes de diez años. La menor frecuencia de pacientes atendidos en el estudio fueron los de doce años con un total de 7. Según las similitudes en las características de desarrollo social y cognitivo de los pacientes, se congregaron en cinco grupos. El grupo que corresponde a pacientes de nueve y diez años es el que presentó mayor cantidad de pacientes atendidos, con 24 pacientes. El que menos pacientes tuvo es el grupo de cinco y seis años con 17 pacientes. Ver cuadro 2

Cuadro No. 2

Distribución por edad de pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Distribución de pacientes por edad			
n = 100			
Edad	No. de pacientes	Grupos por edad	%
3	11	19/100	19
4	8		
5	9	17/100	17
6	8		
7	11	21/100	21
8	10		
9	11	24/100	24
10	13		
11	12	19/100	19
12	7		
Total	100	100	100

Fuente: Instrumento recolector de datos
n: tamaño de muestra = 100

En la presente investigación se determinó que del 100% de los pacientes, el 68% están afectados por hipoacusia de tipo profunda, seguida de la hipoacusia de tipo severa con un 21%, en contraste con la hipoacusia de tipo leve con 5%. Ver cuadro 3

Cuadro No. 3

Frecuencia del grado de hipoacusia en los pacientes con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Grado de Hipoacusia	Frecuencia	Porcentaje
----------------------------	-------------------	-------------------

Leve	5	5
Moderada	6	6
Severa	21	21
Profunda	68	68
Total	100	100 %

Fuente: instrumento recolector de datos

Con relación al tipo de comportamiento, se puede apreciar que del 100% de los pacientes del estudio, el 55% mostraron un comportamiento colaborador en contraste con el 10% de los pacientes con comportamiento no colaborador, dejando por el medio los pacientes potencialmente colaboradores en un 35% del total de la muestra. Ver cuadro 4

Cuadro No. 4

Frecuencia y porcentaje del comportamiento infantil según la clasificación Wright en los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Clasificación Wright	No. De pacientes	porcentaje
Colaborador	55	55
No colaborador	10	10
Potencialmente colaborador	35	35
Total	100	100

Fuente: instrumento recolector de datos n: tamaño de muestra = 100

Con relación a las técnicas comunicativas para el control de la conducta con mayor frecuencia utilizadas en los pacientes de tres y cuatro años fueron decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracción y el toque sutil. Cada una utilizadas once veces para los de tres años y ocho para los de cuatro. Las técnicas utilizadas con menor frecuencia en los mismos pacientes fueron tiempo y fuera, 2 veces para los pacientes de tres y cuatro años y la técnica no comunicativa, en la silla odontológica, se

utilizó sólo en un paciente de tres años de edad. En este grupo de edad se obtuvo una frecuencia del uso de técnicas de 145. Ver cuadro 5

En los pacientes de cinco años de edad se obtuvo una frecuencia del uso de técnicas de 70, en los de seis años fue de 55. Decir-mostrar-hacer, lenguaje pediátrico, refuerzo positivo, distracción, el toque sutil y comunicación no verbal son las que presentaron mayor frecuencia de uso en los pacientes de cinco y seis años. Con menor frecuencia se utilizaron escape contingente y tiempo y fuera para los de cinco años. Para los pacientes de seis años lenguaje pediátrico y tiempo y fuera se utilizaron con menor frecuencia. La técnica escape contingente se utilizó con mayor frecuencia en pacientes de seis años a diferencia de los de cinco años. Para este grupo de pacientes se obtuvo una frecuencia del uso de las técnicas de control de la conducta de 125. Ver cuadro 5

En el estudio se observó 11 pacientes de siete años y 8 de diez años. Se obtuvo una frecuencia del uso de técnicas de 65 y 61 respectivamente. Las técnicas que se aplicaron con mayor frecuencia fueron decir-mostrar-hacer y refuerzo positivo. El toque sutil se utilizó en todos los pacientes de siete años pero sólo en 8 de ocho años. Las técnicas que con menor frecuencia se utilizaron en las dos edades fueron tiempo y fuera, escape contingente y modelado. En este grupo de pacientes se obtuvo una frecuencia del uso de las técnicas de 126. Ver cuadro 5

Para los pacientes de nueve años de edad se observó una frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta de 60 y para los de diez 62. Las técnicas decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil se utilizaron en el total de pacientes de nueve y diez años, siendo la mayor frecuencia de técnicas utilizadas en este grupo de pacientes. Por el contrario, las técnicas utilizadas con menor frecuencia fueron escape contingente, desensibilización y modelado en pacientes de nueve años. En los pacientes de diez años la desensibilización se utilizó con menor frecuencia. Las técnicas tiempo y fuera y en la silla odontológica no se utilizaron en este grupo de pacientes, el modelado sólo se utilizó en un paciente e nueve años. En este grupo de pacientes se obtuvo una frecuencia del uso de las técnicas de 122. Ver cuadro 5

En los pacientes de once y doce años, las técnicas de control de la conducta que se utilizaron con mayor frecuencia fueron decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil en un total de doce veces cada una para los de once años y siete para los de doce años. En ambas edades se utilizó con menor frecuencia la técnica tiempo y fuera, debido al comportamiento que presentaron los pacientes. Se obtuvo una frecuencia del uso de técnicas de 63 en pacientes de once años y 32 en los de doce para una frecuencia total de 65 en el grupo de pacientes de once y doce años. Ver cuadro 5

Existe una diferencia significativa en la frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta en el grupo de pacientes de tres y cuatro años en comparación con el grupo de once y doce años. Ver cuadro 5

Cuadro No. 5

Frecuencia del uso de las técnicas de control de la conducta por grupo de edad de los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Técnicas no farmacológicas utilizadas		Edad de los pacientes n = 100				
		3 y 4 n= 19/100	5 y 6 n = 17/100	7 y 8 n = 21/100	9 y 10 n = 24/100	11 y 12 n = 19/100
No	Comunicativas					
1	Decir-mostrar-hacer	19	17	21	24	19
2	Lenguaje pediátrico	10	12	16	11	10
3	Refuerzo positivo	19	17	21	24	19
4	Tiempo y fuera	4	5	4	0	2
5	Escape contingente	13	8	5	6	7
6	Desensibilización	15	10	8	3	1
17	Modelado	11	11	3	1	1
8	Distracción	19	15	15	14	6
9	El toque sutil	19	17	19	24	18
10	Comunicación no verbal	15	13	14	15	12
	No Comunicativas					
11	En la silla odontológica	1	0	0	0	0
	Totales	145	125	126	122	95

Fuente: instrumento recolector de datos

n: tamaño de muestra = 100

Con relación a la frecuencia del uso de las técnicas, en pacientes de tres años equivale a 82 y 63 para los de cuatro años que representan el 100%. Decir-mostrar-hacer y refuerzo positivo, distracción y el toque sutil representan el 13.41% en niños de tres años y 12.70% para las mismas técnicas en pacientes de cuatro años; siendo los mayores porcentajes de técnicas utilizadas en este grupo etario, en contraste con tiempo y fuera 2.44% y en la silla odontológica con 1.22% en pacientes de tres años. Estas mismas técnicas en pacientes de cuatro años representan 3.17% y 0% respectivamente. Ver cuadro 6

La frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta que constituyen el 100% de técnicas utilizadas en pacientes de cinco años de edad es de 70 y para los de seis años el 100% corresponde a 55 técnicas. Decir-mostrar-hacer, lenguaje pediátrico, refuerzo positivo, distracción, el toque sutil y comunicación no verbal representaron cada una el 12.86% para los pacientes de cinco años. Para los pacientes de seis años, las técnicas decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil representaron el 14.55%, siendo estos los mayores porcentajes que se presentaron en este grupo de pacientes. El menor porcentaje fue designado por las técnicas escape contingente con 1.43% y tiempo y fuera con 2.86% para los pacientes de cinco años. Lenguaje pediátrico y tiempo y fuera ambas con 5.45% para los pacientes de seis años. La técnica escape contingente tuvo un alto porcentaje de uso en pacientes de seis años comparación con los de cinco años. Ver cuadro 6

Las técnicas de control de la conducta con mayor porcentaje de aplicación fueron decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil con un 16.92% cada una del 100% que equivale a 65 técnicas en pacientes de siete años de edad. En los pacientes de ocho años, donde se emplearon 61 técnicas equivalentes al 100%, el 16.39% corresponde a decir-mostrar-hacer y refuerzo positivo. En menor porcentaje se presentaron tiempo y fuera y escape contingente con 3.08% para pacientes de siete años, tiempo y fuera y modelado con 3.28% cada una en pacientes de ocho años. Ver cuadro 6

El 100% de la frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta utilizadas en los pacientes de nueve años equivale a 60 y 62 para los de diez años. Decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil representan el mayor porcentaje de técnicas utilizadas con un 18.33 % cada una para los pacientes de nueve años y 20.97% cada una para los de diez años. En menor porcentaje se observaron escape contingente y desensibilización, ambas con 3.33% para los pacientes de nueve años. Lenguaje pediátrico con 4.84%, desensibilización con 1.61% y 0% en la técnica de modelado en pacientes de diez años. En la silla odontológica 0% para las dos edades. Ver cuadro 6

En los pacientes de once años se observó una frecuencia del uso de las técnicas de 63 y 32 en los de doce años que equivalen al 100% de técnicas utilizadas en cada edad. De las cuales decir –mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil representan el 19.05% en los pacientes de once años y las dos

primeras el 21.88% para los de doce años. Las técnicas tiempo y fuera, desensibilización y modelado tienen un 1.59% para los de once años, éstas dos últimas no se utilizaron en los pacientes de doce años, en los cuales el 3.13% equivale a la técnica tiempo y fuera. Ver cuadro 6

Cuadro No. 6

Frecuencia y porcentaje del uso de las técnicas de control de la conducta por grupo de edad en los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

	Técnicas utilizadas	Edad de los pacientes				
		3 y 4 años	% 5 y 6 años	% 7 y 8 años	% 9 y 10 años	% 11 y 12 años
No .		n = 19/100	n = 17/100	n = 21/100	n = 24/100	n= 19/100
	Comunicativas	porcentaje	porcentaje	porcentaje	porcentaje	porcentaje
2	Decir-mostrar-hacer	26.11	27.41	33.31	39.30	40.93
3	Lenguaje pediátrico	13.67	18.31	25.33	18.17	22.02
5	Refuerzo positivo	26.11	27.41	33.31	39.30	40.93
7	Tiempo y fuera	5.61	8.31	6.36	0.00	4.72
8	Escape contingente	18.06	14.16	8	9.78	14.19
9	Desensibilización	20.50	15.84	12.71	4.94	1.59
10	Modelado	15.62	17.27	4.82	1.67	1.59
11	Distracción	26.11	23.77	23.88	23.01	11.07
12	El toque sutil	26.11	27.41	30.03	39.30	37.80
13	Comunicación no verbal	9.76	20.13	22.25	24.52	25.20
	No Comunicativas					
16	En la silla odontológica	1.22	0.00	0.00	0.00	0.00
	Totales	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: instrumento recolector de datos
n: tamaño de muestra = 100

Con relación al grado de hipoacusia, de tres años se presentaron 10 con hipoacusia profunda y 1 con hipoacusia severa. El total de pacientes atendidos de cuatro y seis años presentaron hipoacusia profunda. Solamente en el grupo de nueve y diez años se presentaron los cuatro tipos de hipoacusia. El mayor porcentaje de hipoacusia leve se encontró en pacientes de nueve años, la hipoacusia moderada se encontró con mayor frecuencia en los pacientes de diez años, los pacientes de once años fueron los que presentaron el mayor porcentaje de hipoacusia severa y la hipoacusia profunda en alto porcentaje se encontró en los pacientes de tres, cuatro, cinco seis y ocho años. Ver cuadro 7

Cuadro No. 7

Edad y grado de hipoacusia de los pacientes con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Edad en años	No. de pacientes	Grado de hipoacusia n = 100								Total
		n= 5/100		n = 6/100		n= 21/100		n = 68/100		
		Hipoacusia Leve	porcentaje	Hipoacusia Moderada	porcentaje	Hipoacusia Severa	porcentaje	Hipoacusia Profunda	porcentaje	
3	11	0	0.00	0	0.00	1	9.09	10	90.91	100
4	8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	100.00	100
5	9	0	0.00	0	0.00	1	11.11	8	88.89	100
6	8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	100.00	100
7	11	0	0.00	2	18.18	1	9.09	8	72.73	100
8	10	0	0.00	0	0.00	2	20.00	8	80.00	100
9	11	3	27.27	1	9.09	2	18.18	5	45.45	100
10	13	1	7.69	3	23.08	5	38.46	4	30.77	100
11	12	1	8.33	0	0.00	6	50.00	5	41.67	100
12	7	0	0.00	0	0.00	3	42.86	4	57.14	100
Total	100	5		6		21		68		100%

Fuente: instrumento recolector de datos

n: tamaño de muestra = 100

La relación entre el grado de hipoacusia y el comportamiento de los pacientes del estudio, demuestra que en la hipoacusia profunda se encontraron los tres tipos de comportamiento de la clasificación de Wright, con mayor frecuencia se apreció el comportamiento colaborador al igual que en la hipoacusia leve, donde los 5 pacientes presentaron este comportamiento. Los 10 pacientes no colaboradores pertenecen al grupo de hipoacúsicos profundos y los 35 potencialmente colaboradores se distribuyeron entre hipoacúsicos moderados hacia profundos. Ver cuadro 8

Los cinco 5 pacientes, equivalentes al 100% de casos de hipoacusia leve se ubicaron en la categoría de comportamiento colaborador. Para la hipoacusia profunda, con 68 casos equivalentes a 100%, 48.53% fueron colaboradores, el 36.76% potencialmente colaboradores y únicamente en este tipo de hipoacusia se presentaron los casos de comportamiento no colaborador equivalente al 14.71%. Ver cuadro 8

Cuadro No. 8

Distribución según grado de hipoacusia y clasificación del comportamiento infantil de Wright de los pacientes con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Tipo de hipoacusia	F	Tipo de comportamiento n = 100						
		n=55/100		n=10/100		n=35/100		Total %
		colaborador	porcentaje	No colaborador	%	Potencialmente Colaborador	porcentaje	
Leve	5	5	100.00	0	0.00	0	0.00	100
Moderada	6	4	66.67	0	0.00	2	33.33	100
Severa	21	13	61.90	0	0.00	8	38.10	100
Profunda	68	33	48.53	10	14.71	25	36.76	100
Total	100	55		10		35		100%

Fuente: instrumento recolector de datos F: frecuencia
n: tamaño de muestra = 100

La frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta que se observó en el estudio es de 437 en los 68 pacientes hipoacúsicos profundos, 112 en los 21 que presentaron hipoacusia severa, 36 para los 6 pacientes con hipoacusia moderada y 28 para los 5 pacientes con hipoacusia leve. En los cuatro grados de discapacidad auditiva se emplearon con mayor frecuencia decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil. Con menor frecuencia se utilizó escape contingente en pacientes con hipoacusia leve, modelado en hipoacusia moderada, en la silla odontológica en la hipoacusia severa y la técnica tiempo y fuera con menor frecuencia en la hipoacusia profunda. Ver cuadro 9

Cuadro No. 9

Distribución de la frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta según el grado de hipoacusia en los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

No.	Técnica Utilizada	Grado de hipoacusia n = 100							
		Leve n=5 /100	%	Moderada n=6/100	%	Severa n=21/100	%	Profunda n=68/100	%
	Comunicativas								
1	Mano sobre boca	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2	Decir-mostrar-hacer	5	17.86	6	16.67	21	18.75	68	15.56
3	Lenguaje pediátrico	4	14.29	4	11.11	9	8.04	42	9.61
4	Control de voz	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
5	Refuerzo positivo	5	17.86	6	16.67	21	18.75	68	15.56
6	Refuerzo negativo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
7	Tiempo y fuera	0	0.00	0	0.00	2	1.79	13	2.97
8	Escape contingente	1	3.57	0	0.00	11	9.82	27	6.18
9	Desensibilización	1	3.57	3	8.33	2	1.79	31	7.09
10	Modelado	0	0.00	1	2.78	2	1.79	24	5.49
11	Distracción	3	10.71	5	13.89	12	10.71	49	11.21
12	El toque sutil	5	17.86	6	16.67	19	16.96	67	15.33
13	Comunicación no verbal	4	14.29	5	13.89	12	10.71	48	10.98
14	Sugestión	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	No Comunicativas								
15	En la silla odontológica	0	0.00	0	0.00	1	0.89	0	0.00
	Totales	28	4.57%	36	5.87%	112	18.27%	437	71.29%

Fuente: instrumento recolector de datos
n: tamaño de muestra = 100

Las técnicas decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil son las que se utilizaron con mayor frecuencia en los tres tipos de comportamiento. En cada paciente se utilizaron varias técnicas, teniendo como resultado una frecuencia del uso de técnicas de 294 en los pacientes colaboradores, 232 en los potencialmente colaboradores y en los no colaboradores 87. La frecuencia desciende significativamente en cada categoría del comportamiento debido al número de pacientes de cada una, pero a la vez se incrementa la variedad de las mismas. Aun cuando el total de pacientes no colaboradores que se presentaron en el estudio fueron solo 10, la frecuencia del uso de las técnicas empleadas fue de 87, mucho menos que los otros dos grupos. Además de las técnicas mencionadas, en el grupo de los potenciales colaboradores se utilizó la técnica de distracción y le supera a este grupo los no colaboradores donde también se utilizaron lenguaje pediátrico y comunicación no verbal. Con menor frecuencia se utilizó la técnica del modelado en las tres categorías y solamente en un paciente potencialmente colaborador se utilizó en la silla odontológica. Ver cuadro 10.

Cuadro No. 10

Frecuencia y porcentaje de las técnicas comunicativas y no comunicativas utilizadas según la clasificación del comportamiento infantil de Wright en los pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

N o.	Técnicas	Clasificación del comportamiento infantil de Wright					
		n = 55/100		n= 10/100		n = 35/100	
		Colaborador	%	No colaborador	%	Potencialmente colaborador	%
	Comunicativas						
1	Mano sobre boca	0	0.00	0	0	0	0
2	Decir-mostrar-hacer	55	18.71	10	11.49	35	15.09
3	Lenguaje pediátrico	32	10.88	10	11.49	17	7.33
4	Control de voz	0	0.00	0	0.00	0	0
5	Refuerzo positivo	55	18.71	10	11.49	35	15.09
6	Refuerzo negativo	0	0.00	0	0.00	0	0
7	Tiempo y fuera	0	0.00	5	5.75	10	4.31
8	Escape contingente	15	5.10	6	6.90	18	7.76
9	Desensibilización	11	3.74	9	10.34	17	7.33
10	Modelado	10	3.40	7	8.05	10	4.31
11	Distracción	26	8.84	10	11.49	33	14.22
12	El toque sutil	54	18.37	10	11.49	33	14.22
13	Comunicación no verbal	36	12.24	10	11.49	23	9.91
14	Sugestión	0	0.00	0	0.00	0	0
	No Comunicativas						
16	En la silla odontológica	0	0.00	0	0.00	1	0.43
	Totales	294	47.96%	87	14.19%	232	37.85%

Fuente: instrumento recolector de datos n: tamaño de muestra = 100

Los pacientes de 5, 9, 10, 11 y 12 años de edad fueron quienes presentaron un mejor comportamiento, ubicándose en la categoría de colaboradores según la clasificación del comportamiento infantil de Wright. El comportamiento no colaborador se presentó principalmente

en pacientes de cuatro a seis años de edad, mientras que el comportamiento potencialmente colaborador a excepción de los de cinco años, se encontró en pacientes de todas las edades, principalmente en los de 3, 4, 6,7 y 10 años. Ver cuadro 11

Cuadro No. 11

Frecuencia y porcentaje de la clasificación del comportamiento infantil de Wright y edad de los pacientes con discapacidad auditiva, Unidad de Odontología del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles Valverde, febrero a junio de 2015

Edad en años	No. de pacientes	Clasificación del comportamiento infantil de Wright						
		n = 55/100	Porcentaje	n = 10/100	Porcentaje	n = 35/100	Porcentaje	TOTAL %
		Colaborador		No Colaborador		Potencialmente Colaborador		
3	11	3	27.27	1	9.09	7	63.64	100
4	8	1	12.50	2	25.00	5	62.50	100
5	9	6	66.67	3	33.33	0	0.00	100
6	8	2	25.00	2	25.00	4	50.00	100
7	11	6	54.55	0	0.00	5	45.45	100
8	10	4	40.00	1	10.00	5	50.00	100
9	11	9	81.82	0	0.00	2	18.18	100
10	13	9	69.23	0	0.00	4	30.77	100
11	12	9	75.00	1	8.33	2	16.67	100
12	7	6	85.71	0	0.00	1	14.29	100
Número de Pacientes	100	55	55%	10	10%	35	35%	100%

Fuente: instrumento recolector de datos. n: tamaño de muestra = 100

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente trabajo se abordó las técnicas de control de la conducta (cuadro 1) en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva, la cual se presentó desde un grado leve hasta un nivel profundo, (cuadro 3) se trabajó con una muestra de cien pacientes de ambos sexos comprendidos entre las edades de tres a doce años, (cuadro 2) al mismo tiempo, clasificados según el comportamiento presentado por cada uno utilizando para este fin la clasificación del comportamiento infantil de Wright. (Cuadro 4) Ésta clasificación incluye tres categorías siendo éstas, colaborador, no colaborador y potencialmente colaborador. Se procedió a observar cuales son las técnicas no farmacológicas para el control de la conducta empleadas en cada paciente.

En todos los pacientes es mandatorio el uso de técnicas para el control de la conducta, ya que cada una tiene un objetivo pero a la vez todas persiguen un mismo fin, según lo observado en el estudio, pareciera que existe una tendencia en el uso de ciertas técnicas en la atención de los pacientes, pues se obtuvo mayor frecuencia de uso en ciertas técnicas comparándose con otras utilizadas con menor frecuencia y otras que no se utilizaron. Las técnicas aparentemente preferidas son decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo y el toque sutil. Entre las técnicas que aunque ofrecen muy buenos resultados no fueron utilizadas como las anteriores son distracción, comunicación no verbal y lenguaje pediátrico. (Cuadro 1) Éstas últimas es oportuno su uso con tanta frecuencia como las anteriores, en virtud de que ayudan a mantener la comunicación y colaboración que se han obtenido del paciente con el uso de otras técnicas desde el momento en el cual el paciente se presentó al consultorio. Otras de las técnicas que ofrecen mucha empatía y comunicación con el paciente son escape contingente, desensibilización y modelado las cuales en el presente estudio se utilizaron con muy baja frecuencia.

En términos generales las técnicas no comunicativas no se utilizaron a excepción de la técnica de en la silla odontológica específicamente en la “posición de pecho” (la madre se mantiene en decúbito dorsal con el paciente sobre su tórax), (cuadro 1) la cual brindó muy buenos resultados permitiendo evaluar al paciente satisfactoriamente, pues éste se encontraba en la etapa donde los pacientes a causa de la corta edad no aceptan la separación de la madre y rechazan la cercanía o el contacto de personas extrañas. Debido a que el proceso de autocontrol y control de emociones se desarrolla de manera considerable entre los tres y seis años de edad y es paralelo al proceso de socialización. Luego de aplicar diversas técnicas de forma oportuna, incluida la de posición de pecho, se logró entablar comunicación con el paciente y un cambio positivo de su conducta la cual se modificó a potencialmente colaboradora.

Según las edades de los pacientes, ya sea hipoacúsicos u oyentes, siempre se debe tomar en cuenta que su desarrollo está constituido por un grupo de áreas básicas guardando relación entre sí. Siendo el desarrollo cognitivo, el socio afectivo y el comunicativo reflejado como un triángulo interactivo donde las interacciones sociales y comunicativas establecidas por el paciente, influyen de manera significativa en su desarrollo cognitivo y, a su vez, el progreso en conocimientos y capacidades favorece los intercambios sociales y lingüísticos. Valmaseda señala que lo anterior influye en los niños de dos formas; reduciendo la frecuencia de interacciones sociales que limitan el acceso de reglas y normas del funcionamiento social. La otra es que el paciente hipoacúsico no dispone de una lengua con la que pueda controlar su propia conducta y que a la vez las personas de su entorno también la puedan controlar. Por ello se hace necesario hacer uso de todas las herramientas que brinda la odontología en cuanto a las técnicas de control de la conducta, mientras se llega a un desarrollo social, comunicativo y cognitivo del paciente.

Otra característica que se observó en el estudio fue la frecuencia con que se aplican las técnicas de control de la conducta con respecto a la edad, teniendo como resultado que en pacientes más pequeños fue necesario apoyar la atención odontológica en el mayor número de técnicas posibles así como también la repetición de cada una cuantas veces fue necesario, en contraste con pacientes de mayor edad. (Cuadros 5,6) Posiblemente la respuesta a esta característica esté sustentada en los argumentos del desarrollo infantil, que se exponen en las teorías psicodinámica, del aprendizaje y la cognoscitiva. Según Piaget el tema central para cada etapa de vida es específico y por ello las necesidades van cambiando y como resultado de ello los pacientes van asimilando la situación odontológica de una forma más familiar en contraste con los pacientes de corta edad sin experiencia odontológica, ya que cada edad permite definir el perfil de conducta donde el crecimiento mental está determinado por las pautas de conducta que aparecen en virtud de que la edad es un concepto formal y las etapas de maduración son funcionales y dinámicas que expresan la maduración de la conducta en cada momento. En todo caso se valora la experiencia que el paciente y su familia han tenido con la odontología, ya que podría haber creado una especie de influencia en el comportamiento del niño sin importar la edad y sin experiencia objetiva alguna de este tipo.

Al analizar los datos obtenidos en cuanto al grado de hipoacusia y la edad de los pacientes, se observó una distribución de los cuatro grados de hipoacusia en los pacientes de nueve a once años. El grupo de pacientes de tres a ocho años y los de doce, están afectados sólo por uno o dos tipos de hipoacusia, principalmente de tipo profundo pero la mayoría de pacientes con éste tipo de hipoacusia se

encuentran entre los tres a siete años de edad. La hipoacusia leve se encuentra en un grupo minoritario de pacientes con sólo cinco casos, los cuales se encuentran en pacientes de nueve a once años de edad con mayor concentración en pacientes de nueve años. Probablemente el tiempo que ha pasado desde el diagnóstico de la hipoacusia el avance en el desarrollo cognoscitivo y la preparación académica que han tenido los pacientes, permitan la estimulación de los restos auditivos y a ello se deba que los casos de hipoacusia leve y severa, se encuentren en pacientes mayores de nueve años. (Cuadro 7)

Al obtener los resultados del nivel de hipoacusia de cada paciente y el tipo de comportamiento, se procedió a relacionar estas dos variables obteniendo como resultado que en la hipoacusia profunda, que representa el grupo mayoritario de pacientes, se presentaron los tres tipos de comportamiento, principalmente el colaborador, con menor frecuencia potencialmente colaborador y todos los no colaboradores de la muestra con un total de 10 casos. Los pacientes con hipoacusia severa se dividen en colaboradores y potencialmente colaboradores. De los pacientes que presentaron hipoacusia moderada, la mayoría se ubicaron en la casilla de comportamiento colaborador y 2 en la casilla de comportamiento potencialmente colaborador, mientras que los 5 casos de hipoacusia leve se mantuvieron en la casilla de comportamiento colaborador. (Cuadro 8)

Esta característica también se observa en los pacientes oyentes de las mismas edades, según los estudios realizados por Rud y Kisling, los niños preescolares atendidos bajo todas las herramientas de control de la conducta, ofrecen un tiempo de colaboración y atención muy corto en comparación con niños de mayor edad que prefieren menor número de citas aunque éstas sean más prolongadas con menor frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta. Durante el desarrollo de este estudio, se pudo observar la colaboración y el tiempo de la misma que presentaban los pacientes catalogados como colaboradores, coincidiendo con Getz y Weinstein, para un paciente de tres años, el tiempo eficaz promedio de una cita es de 15 a 20 minutos, mientras que hacia los cinco años de edad, este tiempo se puede extender hasta media hora.

Es importante resaltar que estas investigaciones han incluido a pacientes oyentes, por lo tanto no se evidencia diferencia alguna en cuanto a la colaboración y el tiempo eficaz de la misma que prestan los pacientes hipoacúsicos en comparación con sus pares oyentes de las mismas edades, ya que en ambos casos, si se intenta retener al paciente después de dar muestras que el tiempo de su colaboración ha excedido, aumenta la posibilidad de perder su colaboración y muy difícilmente se obtendrá de nuevo.

Las técnicas para el control de la conducta utilizadas se distribuyeron en frecuencias muy variadas en el total de pacientes de la muestra debido al número de pacientes que integra cada categoría según el grado de hipoacusia que presentaban. (Cuadros 3 y 9) Aunque existen estudios que señalan encontrar características propias de los niños sordos, según lo expuesto en el V Congreso del desarrollo socioemocional de las personas sordas Argentina 2,005 se determinó que no existe personalidad del niño sordo y que ésta y la conducta no están determinadas por la sordera sino por la forma en que su entorno aborda la sordera. Esta podría ser la base que sustentan los resultados en la aplicación de las diversas técnicas de control de la conducta en la atención odontológica en niños oyentes en comparación con los pacientes hipoacúsicos.

El comportamiento que presentaron los pacientes fue variado entre las tres categorías de la clasificación utilizada. Gerald Z. Wright, hace referencia en que la mayoría de niños que visitan el consultorio odontológico son colaboradores, pero la importancia de esta relación estriba en que la mayoría de autores se refieren a la prevalencia del comportamiento colaborador en niños oyentes, no obstante, en este estudio se observó el mismo fenómeno a pesar de ser en su mayoría pacientes hipoacúsicos profundos. (Cuadro 4)

Los datos obtenidos reflejan una relación directamente proporcional entre el tipo de comportamiento y el número de técnicas utilizadas, sin embargo, se debe poner especial atención en que la población que integra el grupo de los colaboradores es el mayor de los tres, por lo tanto, existe una frecuencia mayor comparada con la de los potencialmente colaboradores y más aún con los no colaboradores que fueron solamente diez pacientes, esto explica que las once técnicas fueron utilizadas en repetidas ocasiones, unas más que otras, obteniendo un total de 613 veces. (Cuadro 10)

En la relación del tipo de comportamiento y la edad de los pacientes, se demuestra que los procesos de socialización, el estado de desarrollo emocional y el grado de desarrollo comunicativo, determinan en gran medida el tipo de comportamiento que se debe esperar de cada paciente.

Con base en los estudios de Arnold Gessell, Gerald Wright apunta que con frecuencia se considera la edad de los pacientes y no su capacidad como la razón de la falta de colaboración, pero el hecho de conocer el principio general del desarrollo permite considerar la capacidad de cada paciente para independizarse y aprender nuevos comportamientos, ya que se observan casos de pacientes menores de seis años de edad con un comportamiento totalmente colaborador y por el contrario, pacientes mayores de seis años, con comportamiento negativo que se ubica entre no colaborador y potencialmente

colaborador. (Cuadro 11) Sin embargo, de los cien pacientes observados, existe comportamiento colaborador en pacientes menores de cinco años y pacientes potenciales colaboradores de todas las edades. Probablemente la combinación del grado de hipoacusia y el desarrollo comunicativo poco desarrollado, de alguna manera repercute en el grado de colaboración, sin embargo, no debe demeritarse en ningún caso la personalidad propia de cada paciente y las actitudes propias de cada edad. En términos generales, en los pacientes colaboradores y potencialmente colaboradores, se debe emplear muchísima paciencia paralelamente con la aplicación oportuna de un amplio repertorio de técnicas de control de la conducta. De esto depende que los pacientes que presentan un comportamiento potencialmente colaborador, avancen a la casilla de pacientes colaboradores. De no manejarse la conducta de cada paciente apropiadamente, según sus requerimientos individuales, se corre el riesgo de descender a la categoría de no colaborador.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en el estudio se concluye que:

1. Entre las técnicas no farmacológicas para el control de la conducta estudiadas, las comunicativas fueron las más utilizadas, las no comunicativas sólo se utilizó una en un paciente.
2. Las técnicas comunicativas para el control de la conducta más utilizadas fueron decir-mostrar-hacer, lenguaje pediátrico, refuerzo positivo, distracción, el toque sutil, y comunicación no verbal.
3. La única técnica no comunicativa empleada fue en la silla odontológica con la posición de pecho, la cual fue de mucho beneficio pues se obtuvo un grado significativo de colaboración por parte del paciente, ya que se evidenció un cambio positivo en la conducta, superando el comportamiento no colaborador para ubicarse en potencialmente colaborador.
4. Las técnicas empleadas para el control de la conducta, ofrecieron buenos resultados en el comportamiento de los pacientes durante la situación odontológica, permitiendo realizar los tratamientos de forma exitosa, ya que se pudo observar cómo se modificaba la conducta negativa de los pacientes llegando a obtener una colaboración por su parte para llevar a cabo los procedimientos odontológicos.
5. Con relación a la edad de los pacientes y las técnicas para el control de la conducta, se determinó que existía una tendencia en cuanto al promedio de técnicas según la edad de los pacientes, teniendo como resultado que a mayor edad del paciente menor era la frecuencia de técnicas que se aplicaba.
6. Los pacientes de menor edad requirieron mayor variedad de técnicas y mayor repetición de las mismas dentro de la misma cita.

7. En todas las edades de los pacientes se presentó un vértice de aplicación de las técnicas decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracción, el toque sutil y comunicación no verbal, dando buenos resultados para efectuar el tratamiento programado.
8. En los pacientes de mayor edad se necesitó menor utilización de técnicas probablemente por la familiaridad con la situación odontológica, ya que eran pacientes que visitan el consultorio constantemente y además su desarrollo socioemocional y cognitivo se encontraba en etapas más avanzadas en comparación con los pacientes de menor edad aunado a que quizá experimentaban por primera vez una situación de esa naturaleza o que tenían una experiencia negativa.
9. Los pacientes del estudio presentaban hipoacusia en sus diferentes grados (leve, moderada, severa hasta profunda). Se determinó que no hubo diferencia significativa en la frecuencia del uso de técnicas de control de la conducta para los diferentes grados de audición que tenía cada paciente. las técnicas más utilizadas en promedio según el tipo de hipoacusia fueron decir, mostrar hacer, refuerzo positivo, distracción, el toque sutil y comunicación no verbal.
10. Con base en la clasificación del comportamiento infantil de Wright, se clasificaron a los pacientes en cada categoría según las pautas de comportamiento que presentaron en la situación odontológica. Teniendo como resultado que en los pacientes que demostraron un comportamiento colaborador se utilizaron nueve técnicas comunicativas, entre ellas decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, el toque sutil, lenguaje pediátrico, comunicación no verbal y distracción.
11. En los pacientes catalogados no colaboradores, se empleó casi todo el repertorio de técnicas de control conductual con mayor apoyo en decir-mostrar-hacer, lenguaje pediátrico, refuerzo positivo, desensibilización, distracción, el toque sutil y comunicación no verbal, modelado, tiempo y fuera y escape contingente. En estos pacientes el uso de las técnicas ofreció buenos resultados, ya que en algunos se obtuvo un cambio en el comportamiento que posibilitaba empezar a realizar procedimientos odontológicos sencillos como parte de la técnica de desensibilización. Por requerimientos específicos de los pacientes (focos de infección y/o presencia de dolor de una o varias piezas dentales) donde se carecía del tiempo necesario para modificar el comportamiento a través de las técnicas de control de la conducta, a pesar de que

se dieron varios intentos por conseguirlo y ésta continuaba del tipo no colaborador, se determinó tratarlos con técnicas farmacológicas con protocolos establecidos en el Hospital.

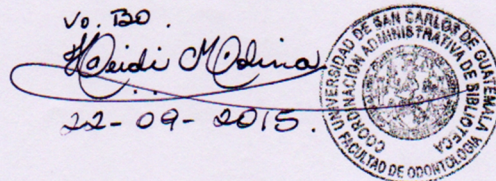
- 12.** La atención odontológica en los pacientes que demostraron un comportamiento potencialmente colaborador se apoyó grandemente en las técnicas decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, distracción el toque sutil y comunicación no verbal, otras técnicas se utilizaron pero en forma minoritaria. En estos pacientes fue de vital importancia el abordaje del comportamiento con las técnicas de control conductual, ya que emocionalmente se encuentran en un punto fronterizo de comportamiento colaborador y no colaborador.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios comparativos acerca de la efectividad de las técnicas de control de la conducta.
2. Realizar estudios clínicos comparativos de la efectividad de las técnicas de control de la conducta utilizando escalas de valoración de las reacciones y escalas de valoración de la colaboración de los pacientes.
3. Hacer énfasis en el fortalecimiento de los protocolos de atención odontológica basados en las técnicas de control de la conducta.
4. Concientizar a la población odontológica acerca de los beneficios que brindan la adecuada y oportuna aplicación de las técnicas de control de la conducta.
5. Incentivar a la población estudiantil y profesionales de la Odontología, realizar enlaces con entidades académicas de Psicología para fortalecer y enriquecer la atención odontológica en los pacientes pediátricos, en cuanto a su desarrollo emocional, sociológico y cognitivo.
6. Realizar seminarios acerca de las limitaciones en la atención odontológica en pacientes con necesidades especiales de atención.
7. Documentar las técnicas de control de la conducta y la evolución del comportamiento de cada paciente cita a cita.
8. Valorar los factores que puedan influenciar en el comportamiento del paciente durante la situación odontológica.
9. Valorar y satisfacer las necesidades especiales de los pacientes y la forma de abordaje en la atención odontológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Martínez, J. L. et al. (2012). **Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad auditiva**. España: Edita Junta de Andalucía. pp. 6-13.
2. Álvarez Alcázar, J. A. (2010). **Intervención educativa en alumnos con discapacidad auditiva**. (en línea) Sevilla: Consultado el 11 de julio 2013. Disponible en: <http://www.feandalucia.ccoo.es/indcontei.aspx?d=4427&s=0&ind=204>
3. Alzamora, L.; Bello, Z. y Rodríguez, F. (2009). **Diseño de protocolo de atención odontológica del Instituto para la Habilitación del Niño Sordo de Cartagena de Indias**. (en línea) Rev. Ciencia y Salud Virtual. 1(1):62-68. Cartagena, Colombia: Consultado el 02 de febrero 2014. Disponible en: <http://revistas.curnvirtual.edu.co/journals/index.php/cienciaysalud/article/view/32/28>
4. Andlaw, R. J. y Rock, W.P. (1989). **Manual de odontopediatría**. Trad. José Antonio Ramos Tercero. 2 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. pp. 15-25.
5. Boj Quesada, J.R.; Espasa Suárez, E. y Xalabardé Guardia, A. (2005). **Desarrollo psicológico del Niño**. En: Odontopediatría. Juan Ramón Boj Quesada et al. Barcelona: Masson pp. 255-268.
6. _____; Espasa Suárez, E. y Xalabardé Guardia, A. (2002). **Desarrollo psicológico del niño**. En: Odontopediatría. Barbería Leache, Elena. 2 ed. España: Masson. pp. 115-136.
7. Bordoni, N.; Escobar R., A. y Castillo Mercado, R. (2010). **Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual**. Buenos Aires: Médica Panamericana. pp. 66-94.
8. Broberg, A. G. y Klingberg, G. (2011). **Desarrollo psicológico del niño y del adolescente**. En: Odontopediatría; abordaje clínico. Koch, Göran y Poulsen Sven., editores. Trad. Francia Pérez Guillén. 2 ed. Venezuela: Amolca. pp. 17-42.
9. Bruno, F. (1995). **La ansiedad: Psicología infantil y desarrollo; enciclopedia familiar**. 2ed. México: Tirillas. pp. 930-935.
10. Cameron, A. C. y Widmer, R. P. (2011). **Manual de odontología pediátrica**. 3 ed. España: Elsevier Mosby. pp. 9-19, 113.



11. Cárdenas V., J. M. (2009). **Manejo del comportamiento del paciente pediátrico**. En: Fundamentos de odontología. Cárdenas Jaramillo, Darío., Medellín, Colombia: Corporación Para Investigaciones Biológicas. pp. 27-40.
12. Cinotti, W. R. y Grieder, A. (s.f). **Psicología aplicada en odontología**. Buenos Aires: Mundi. pp. 81-84.
13. Cohen, M. M. (1961). **Pediatric dentistry**. 2 ed. St. Louis: The Mosby. pp. 286-302.
14. Correa, M. S. et al. (2009). **Odontopediatría en la primera infancia**. Trad. Jenny H. Abanto Alvarez. Sao Paulo, Brasil: Livraria Santos. pp. 125-147.
15. _____ y Sanglard, L. F. (2011). **Psicología y manejo del comportamiento infantil**. En: Fundamentos de odontología: Odontopediatría. Antonio Carlos Guedes-Pinto. Sao Paulo, Brasil: Livraria Santos. pp. 31-52.
16. Dumont, A. (1999). **El logopeda y el niño sordo**. 2 ed. España: Masson. pp. 1-10.
17. Enciclopedia en español de University of Maryland M.C. (2014) **Hipoacusia**. (en línea) Baltimore, Maryland: Consultado el 2 de febrero 2014. Disponible en: www.umm.edu/esp_ency/article/003044.htm#ixzz27Kw2h4kA
18. Finn, S. B. (1976). **Odontología pediátrica**. Trad. Carmen Muñoz Seca. 4 ed. México: Interamericana. pp. 29-39.
19. Fox, L. A. (1974). **El niño incapacitado: Un prelude a la atención**. En: Clínicas Odontológicas de Norte América: Odontología para el niño incapacitado. Trad. José Luis García. México: Nueva Editorial Interamericana. v.3. pp. 535-644.
20. Fundación CNSE (Fundación para la supresión de las barreras de comunicación). (2009). **Atención temprana a niñas y niños sordos: guía para profesionales de los distintos ámbitos**. (en línea) Madrid: Consultado: 29 de enero 2014. Disponible en: <http://www.fundacioncnse.org/imagenes/Las%20portadas/pdf/Temprana.pdf>
21. García-Fernández, J. M.; Navas, L. y Lozano M. (2011). **Dificultades de desarrollo y aprendizaje asociados a la discapacidad auditiva**. En: Dificultades y trastornos de aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria. España: Club Universitario. pp. 307-337.
22. INE (Instituto Nacional de Estadística). (2006). **Perfil Sociodemográfico de la Población con Discapacidad en Guatemala**. Guatemala: Sistema Estadístico Nacional. pp. 13-15, 19, 23-25, 58-67 93-95.

110

vo. 32.

Heidi Medina

22-09-2015.



23. Kazdin, A. E. (1996). **Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas**. 2 ed. México D.F.: Manual Moderno. pp. 30-35
24. Koch, G. et al. (1994). **Odontopediatría enfoque clínico**. Trad. Jorge Fydman. Buenos Aires: Médica Panamericana. pp. 40-49.
25. Mathewson, R. J. y Primosch, R. E. (1995). **Fundamentals of pediatric dentistry**. 3 ed. St. Louis Missouri, USA: Quintessence Pub., Inc. pp. 7-22, 137-143.
26. McDonald, R. E. (1969). **Dentistry for the child and adolescent**. St. Louis, Missouri: The C.V. Mosby. pp. 25-35, 406-412.
27. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). **Sordera y defectos de audición**. Nota descriptiva No.300. (en línea) Ginebra: Consultado el 21 de agosto 2013. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/index.html
28. Pabón Serrato, S. (2009). **La discapacidad auditiva ¿cómo es el niño sordo? psicología del niño sordo**. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. No. 16 Marzo 2009. (en línea) Córdoba, España: Consultado el 11 de julio 2013. Disponible en: www.sci-scif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/SABINA_PABON_2.pdf
29. Pinkham, J. R. (2004). **Odontología pediátrica**. 3 ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana. pp. 271-278.
30. Pinto Pazos, H. L. (2009). **Estrategias de intervención educativa en odontología dirigida a escolares con deficiencia auditiva**. Tesis (Cirujano Dentista) Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología. pp. 13-20, 26-28.
31. Rodríguez Ortiz, I. (2005). **El Desarrollo socioemocional en las personas sordas**. (en línea) Documento electrónico del V Congreso Internacional Virtual de Educación, 7 al 27 de febrero de 2005. Argentina: Consultado el 10 de octubre 2013. Disponible en: www.sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24461/documentocompleto.pdf?sequence=1
32. Rodríguez, S.; Pinto, F. y Alcocer, J. (2009). **Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil**. Costa Rica: Rev. Odontol. Vital. 2(11):58-65.
33. Rojas Castro, N. E. (2009). **Guía de manejo de paciente con sordera e hipoacusia**. (en línea) Colombia: Consultado el 18 de enero 2014. Disponible en: www.odontologia.unal.edu.co/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20de%20paciente%20con%20sordera%20e%20hipoacusia.pdf

111

vo. B.D.
Heidi Polina
 22-09-2015.



34. Salcedo Fernández, A. (2008). **Anatomía de la persuasión**. 2 ed. Madrid: Esic. pp. 123-125.
35. Salesa Batlle, E.; Perelló S., E. y Bonavida E., A. (2005). **Tratado de audiología**. España: Masson. pp. 3-7
36. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor. (2010). **Guía de práctica clínica en salud oral: Infancia y adolescencia**. (en línea) Bogotá: Consultado el 16 de junio 2013. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/SUBS/Documents/InfanciaiAdolescencia.pdf> pp. 15-23.
37. Shea, T. M. y Bauer, A. M. (1999). **Educación especial: Un enfoque ecológico**. Trad. Jorge Alberto Velásquez Arellano y Alejandra Rivera Ferreiro. 2 ed. México: McGraw Hill. pp. 265-289.
38. Silvestre Benach, N. (1998). **Sordera: comunicación y aprendizaje**. España: Masson. pp. 1-4.
39. Smith, F. B. (1984). **Management of the child and the handicapped patient**. In: Clinical dentistry. Clark, James W. editor. Philadelphia: Harper & Row, Publishers. v.1, pp. 1-21.
40. Swift, C. A. (1989). **Problemas de comunicación**. En: Educación de niños y Adultos excepcionales: Una introducción a la educación especial. Lynch, Eleanor y Lewis, Rena B. Editoras. Trad. Eva Sazo de Méndez. Guatemala: Piedra Santa. pp. 112-162.
41. Tan Castañeda, N. y Rodríguez Calzadilla. (2001). **Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral**. Rev. Cubana Estomatol. 38(3):181-191.
42. Weinstein, P. y Nathan, J. E. (1988). **El reto que plantean los niños temerosos y fóbicos**. En: Clínicas Odontológicas de Norte América: Fobia y Ansiedad Dental. Trad. José A. Ramos Tercero. España: Interamericana McGraw Hill. V.4. pp. 699-721.
43. Wikipedia. **Pérdida de la audición**. (2013). (en línea) San Francisco, California: Consultado el 13 de octubre 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%A9rdida_de_audici%C3%B3n

Vo. B.D.

Heidi Medina

112

22-09-2015.



44. Wikipedia. **Umbral de audición**. (2013). (en línea) San Francisco, California: Consultado el 15 de octubre 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Umbral_de_audici%C3%B3n
45. Wright, G. Z. (1975). **Behavior management in dentistry for children**. Philadelphia: W.B. Saunders. pp. 55-71, 129-144.
46. Wright, Gerald Z. (1998). **Psicología de la conducta infantil**. En: Odontología pediátrica y del adolescente. Mc. Donald, Ralph E. y Avery, David R., 6 ed. Madrid: Harcourt Brace. pp. 33-51.
47. Zebadúa García, J. M. (1961). **Manejo del niño en el consultorio odontológico**. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. pp. 24-29

vo. B20.
Heidi Medina
22-09-2015.



ANEXOS

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

1. Edad del paciente _____

2. Grado de hipoacusia del paciente:
Leve(26-40dB)___ **Moderada**(41-60dB)___ **Severa**(61-80dB)___ **Profunda**(>81dB)___

3. Categoría a la que corresponde el comportamiento del (de la) paciente según la clasificación clínica de Wright:
Colaborador: Paciente que presenta un estado de relajación y entusiasmo por lo que acepta el tratamiento odontológico. _____
No colaborador: Falta de desarrollo comunicativo debido a la corta edad del paciente. Paciente con desarrollo comunicativo pero con padecimiento de salud que le impide colaborar. _____
Potencialmente colaborador: Paciente con capacidad comunicativa desarrollada pero con comportamiento disruptivo. _____

4. ¿Cuál (es) la técnica (s) de control de la conducta que utiliza el odontólogo en el consultorio para realizar los tratamientos en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva?

Técnicas no farmacológicas no comunicativas para el control de la conducta		
Inmovilización con abre bocas		
Utilización de cualquier tipo de abre bocas para restringir movimientos bucales.		
En la silla odontológica		
Indicaciones a la madre de su posición requerida para colaborar en la restricción de movimientos de su hijo (paciente).		
Posición madre parada.		
Posición madre cuerpo a cuerpo.		
Posición madre sentada.		
Posición de pecho.		
Inmovilización con aditamentos especiales para la restricción de movimientos articulares del paciente.		
Hamaca especial para niños.		
Pediwrap.		
Papoose-Board.		
Silla bebé confort.		
En los brazos de la madre.		
El paciente es sostenido en los brazos de la madre mientras el odontólogo lo examina.		
Rodilla a rodilla (Knee to knee).		
El odontólogo y la madre se sientan de frente aproximando sus rodillas para formar una superficie con sus piernas donde recuestan al paciente para examinarlo.		

Técnicas no farmacológicas comunicativas para el control de la conducta		
1. Mano sobre boca		
Colocación de la mano del odontólogo sobre la boca del paciente.		
Indicación al paciente la conducta deseada.		
Se retira la mano inmediato al cambio positivo de conducta del paciente.		
2. Decir-mostrar-hacer		
El odontólogo explica al paciente el procedimiento.		
El odontólogo le muestra al paciente cómo se realizará el procedimiento.		
El odontólogo realiza el procedimiento explicado.		
3. Lenguaje pediátrico		
Vocabulario de acorde a la edad del paciente.		
Utilización de eufemismos.		
4. Control de voz		
Uso de diferentes tonalidades de voz según la conducta del paciente.		
5. Refuerzo positivo		
Recompensa por la buena conducta del paciente (elogios, premios u obsequios).		
La recompensa no se ofrece antes de la conducta esperada.		
6. Refuerzo negativo		

Advertencia de la eliminación de un atractivo para el paciente ante una conducta inaceptable.		
Eliminación del atractivo y se le indica que se le regresa ante la mejoría de su conducta.		
7. Tiempo y fuera		
Suspensión del tratamiento por conducta inaceptable del paciente.		
Se reinicia el tratamiento con una conducta colaboradora del paciente.		
Advertencia del cambio positivo de conducta para continuar el tratamiento.		
8. Escape contingente		
El paciente toma parte en el tratamiento manipulando objetos.		
Se le da participación al paciente en la elección de opciones que se le presentan.		
9. Desensibilización		
Explicación de los procedimientos al paciente.		
Evitar exponer a la vista del paciente gran cantidad de instrumentos.		
Enseñar al paciente ejercicios de respiración.		
Realizar los procedimientos en forma gradual de menor a mayor grado de ansiedad.		
10. Modelado		
Utilización de modelos (otro paciente, muñecos, videos) para la explicación de los procedimientos.		

Se le dan las instrucciones al paciente acerca de la conducta que se espera de él.		
11. Distracción		
Uso de cualquier tipo de distractor para desviar la atención del paciente de los procedimientos desagradables.		
12. El toque sutil		
Se trata al paciente con palabras y caricias que expresan simpatía.		
Se observa al paciente confortable por una relación de cariño y simpatía.		
13. Comunicación no verbal		
Expresiones faciales y ademanes coherentes con la comunicación verbal.		
Los gestos y expresiones le dan énfasis a la comunicación verbal.		
El paciente percibe de forma adecuada los mensajes del odontólogo.		
14. Sugestión		
Relatos de escenas relajantes para el paciente.		
Utilización de palabras para inducir estado de relajación.		
Instrucciones al paciente de ejercicios de respiración.		

Consentimiento Informado y Comprendido

Como parte de mis estudios de Cirujana Dentista en la Universidad de San Carlos de Guatemala, estoy realizando el trabajo de campo del proyecto de investigación titulado: “Técnicas no farmacológicas para el control de la conducta en pacientes pediátricos con discapacidad auditiva de la unidad de Odontología del Hospital Rodolfo Robles Valverde.

Esta investigación es de tipo descriptivo, y pretende, entre otras cosas, describir las técnicas para el control de la conducta utilizadas de acuerdo a la edad, tipo de comportamiento y grado de agudeza auditiva. En virtud de ello, solicito a usted su colaboración para que su hija (o) pueda participar en este estudio.

La información que se obtenga es confidencial y será utilizada exclusivamente para fines didácticos, lo que contribuirá al fortalecimiento de protocolos de atención odontológica.

Usted está en libertad de aprobar o improbar la participación de su hija(o) en el estudio, así como de decidir que lo abandone en cualquier momento.

Yo _____ apruebo la participación de mi hija (o) _____ en esta investigación, estoy enterado (a) de lo que se pretende con este estudio, y se me ha dado la información necesaria que permite a mi hija(o) participar en el mismo libremente. Por lo que con mi firma expreso mi anuencia a que de mi hija(o) tome parte en esta investigación.

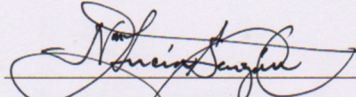
Firma _____

Nora Lucía Salvador Monzón

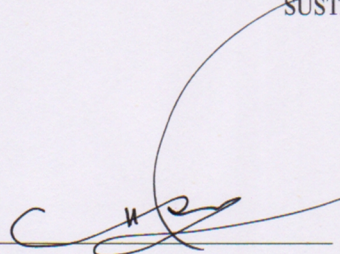
El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora

(f) _____
Nora Lucía Salvador Monzón

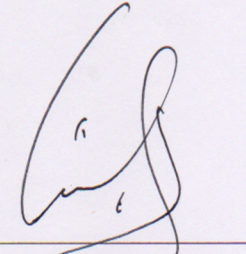
FIRMAS DE TESIS DE GRADO

(f) 
Nora Lucía Salvador Monzón

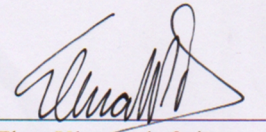
SUSTENTANTE

(f) 

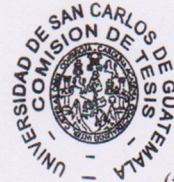
Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Cirujano Dentista
ASESOR INTERNO

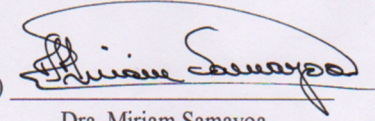
(f) 

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Médico y Cirujano
ASESOR EXTERNO

(f) 

Dra. Elena Vásquez de Quiñonez
Cirujana Dentista
PRIMERA REVISORA
Comisión de Tesis



(f) 

Dra. Miriam Samayoa
Cirujana Dentista
SEGUNDA REVISORA
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE



VoBo.

Dr. Julio Rolando Pineda Córdón
Cirujano Dentista
Secretario Académico
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos

