

ENSAYOOnline ISSN: 2665-0193
Print ISSN: 1315-2823**Abordaje conductual odontopediátrico según las perspectivas teóricas cognitivas y psicosociales del desarrollo del niño****Behavioral approach in pediatric dentistry according to theoretical cognitive and psychosocial perspectives of children's development**Figueredo G. Ana Milagros¹, Orozco Gladys E.²

¹Especialista en Odontopediatria Universidad Central de Venezuela. Docente de Postgrado, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

²Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis Universidad Autónoma de Madrid. Unidad de investigación en Alteraciones del Desarrollo Cráneo-Facial. Docente de Postgrado, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela

anafigueredo18@gmail.com

Recibido 20/04/2020
Aceptado 28/06/2020**Resumen**

La atención odontopediátrica requiere manejar ampliamente el desarrollo cognitivo y psicosocial del niño, base fundamental para la gestión efectiva del comportamiento, sin embargo, existen diferentes constructos teóricos psicológicos, que aportan elementos para la comprensión del desarrollo del niño en sus diferentes etapas y aspectos relevantes en el quehacer odontológico. Se propone un modelo de abordaje conductual en la consulta odontopediátrica, considerando las etapas del desarrollo psicosocial y cognitivo del niño y/o del adolescente de acuerdo a las diferentes perspectivas teóricas. Este ensayo se basó en la discusión teórica y el análisis reflexivo que permitió confrontar los aspectos de cada una las etapas del desarrollo del niño según las diferentes perspectivas teóricas cognitivas y psicosociales, estableciendo estrategias para facilitar el abordaje conductual en odontopediatria. La disertación de las diferentes teorías del desarrollo del niño, permitió analizar las características relevantes, para proponer los elementos que guían al profesional a considerar, en el abordaje conductual del niño y establecer una relación de confianza que permita una mejor gestión del comportamiento en odontopediatria. Se plantea una propuesta de abordaje conductual en Odontopediatria, tomando en cuenta las características propias de cada etapa del desarrollo del niño, facilitando el proceso de adaptación a la consulta odontológica.

Palabras clave: odontología pediátrica, comportamiento del niño, adaptación del niño.

Summary

Pediatric Dentistry demands thorough knowledge of children's cognitive and psychosocial development, foundation of effective behavioral management during consultation, however, there are different theoretical psychological constructs that contribute to understand the different stages of children's development within Pediatric Dentistry. To propose a behavioral approach model for the management of children's behavior during Pediatric Dentistry consultations, taking into consideration different theoretical approaches of children's developmental stages. This essay was based on theoretical discussions and reflective analysis which allowed the comparison of the child's developmental stages among different cognitive and psychosocial theoretical perspectives to establish strategies to facilitate the behavioral approach in Pediatric Dentistry. The dissertation of the different theories of children's developmental allowed analyzing the relevant characteristics to propose the elements that guide to professional to consider in Pediatric Dentistry on how to approach children's behavior during consultation. A proposal for a behavioral approach of children during Pediatric Dentistry practice according to children's developmental stages is suggested to facilitate children's behavioral management during dental consultation.

Keywords: pediatric dentistry, child behavior, child adaptation.

Introducción

El manejo conductual en Odontopediatría se fundamenta en principios científicos de las áreas del conocimiento sobre el crecimiento y desarrollo neuro-motor y social de los niños, constituyéndose en la base para aplicar la orientación del comportamiento, sin embargo, se

requiere habilidad para la comunicación, empatía y saber escuchar. Este manejo conductual está sustentado por las relaciones del odontólogo con el paciente, con el objeto de disminuir la ansiedad, promover una actitud positiva y cooperadora para ejecutar con seguridad y de manera eficiente un tratamiento de calidad.^{1,2}

La odontopediatría es una especialidad definida por la edad, siendo su objeto de estudio el niño, el cual se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo, físico, psicológico, y social, que abarca desde la gestación hasta la adolescencia. Este desarrollo es un proceso continuo, integral, multidimensional y están integrados de acuerdo a sus características biológicas hereditarias, y del ambiente.^{3,4}

El estudio del desarrollo psicológico del niño se ha enfocado desde diversas teorías, por lo tanto, el conocimiento del desarrollo cognitivo y psicosocial del niño, según estas diferentes perspectivas, permite identificar las características de cada etapa, así como su manera de relacionarse. En este sentido, el clínico debe determinar qué tipo de comportamiento esperar, así como diferenciar si las características del paciente se ajustan a su edad y adecuar estrategias de abordaje necesaria para la adaptación del niño en la consulta odontopediátrica.⁵

Para realizar los tratamientos clínicos odontopediátricos se requiere de un diagnóstico previo, necesario para aplicar las técnicas indicadas, sin embargo, en los aspectos conductuales se obvian conocimientos psicológicos necesarios a considerar para identificar y reconocer las características particulares que faciliten el abordaje específico para cada niño.

La cantidad cada vez mayor de niños pequeños con caries temprana de la infancia, que demandan atención odontológica, constituyen un problema de salud pública.⁶⁻⁷ La complejidad

y costo de las políticas de sedación hace relevante e importante mejorar las habilidades de todos los Odontopediatras en utilizar métodos de gestión infantil no farmacológica, es por ello que los métodos bioconductuales tomarán relevancia conjuntamente con los conocimientos de los principios de psicología infantil, para mejorar el manejo conductual del niño en la consulta odontológica⁸. De esta manera se evita o disminuye el riesgo y costo en salud.

Todo lo anteriormente, planteado justifica y hace necesario desarrollar estrategias que permitan el abordaje conductual sistémico, en términos de interconexión y contextos, dentro de un marco referencial que comprenda el desarrollo del niño dentro de las interrelaciones: emocional-afectiva-intelectual-moral-social, facilitando la comunicación y el manejo del comportamiento del niño.

El objetivo de este ensayo es proponer un modelo de abordaje conductual en la consulta odontopediátrica, considerando las tapas del desarrollo psicosocial y cognitivo del niño y del adolescente.

Perspectivas teóricas del desarrollo infantil

En la actualidad se consideran diferentes perspectivas para el estudio del desarrollo del niño, que son la base de los constructos teóricos de la psicología del desarrollo y tratan de explicar los períodos por los que pasa el ser humano a través de su vida, clasificando el comportamiento humano en diferentes etapas. Las teorías evolutivas ofrecen varios modelos para entender e interpretar la conducta del niño. En términos generales, un patrón de conducta admite muchas explicaciones; la mayoría de los teóricos coincide en que una teoría no es suficiente para explicar todo lo que sabemos y observamos en relación con el niño. De este esfuerzo por categorizar el desarrollo infantil, se

han establecido las teorías más importantes hoy en día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas.⁹⁻¹⁰

Perspectiva psicoanalítica. Esta perspectiva se centra en que el comportamiento humano está controlado por impulsos inconscientes y emociones.

Psicoanalítica Psicosexual de Freud: La conducta está controlada por impulsos biológicos innatos y la formación del ego. Los estadios del desarrollo se basan en el contenido de maduración en cada parte del cuerpo, donde la energía es más focalizada en determinada época del desarrollo, con la existencia de un impulso sexual instintivo e inconsciente. La energía psicológica que deriva del instinto se denomina libido es la fuerza motriz del comportamiento humano. El individuo es pasivo en su desarrollo, mediante la modificación de factores innatos a través de la experiencia.¹¹

Psicoanalítica y Psicosocial de Erikson: Fue el primero en adoptar la perspectiva del ciclo vital y propone ocho diferentes etapas a partir de una serie de crisis en la personalidad de acuerdo a un momento de maduración, para lo cual requiere un equilibrio entre lo positivo y lo negativo, dando origen a la adquisición de una serie de competencias que desarrollan una “virtud” o fortaleza. El desarrollo para este autor, ocurre durante toda la vida, proponiendo el concepto de desarrollo de la personalidad desde la infancia hasta la vejez y enfatiza la influencia de la sociedad en la personalidad en desarrollo.¹²

Perspectiva del aprendizaje. Esta perspectiva sostiene que el desarrollo del comportamiento humano resulta del aprendizaje, mediante un cambio duradero en la conducta, basado en la experiencia o en la adaptación del ambiente.

Conductismo: Se centra en el aprendizaje asociativo, vínculo entre dos sucesos, en el que

se forma una asociación mental entre dos eventos.

Condicionamiento Clásico: En el cual una espuesta (salivación) a un estímulo (la campana) se evoca después de su asociación repetida con un estímulo que normalmente provoca (la comida). Al aprender que los eventos van juntos, los niños pueden anticipar lo que va a suceder.¹¹

Condicionamiento operante: Aprendizaje basado en la asociación de una conducta y sus consecuencias, es un procedimiento de aprendizaje que se basa en que la probabilidad de que se dé una respuesta determinada, depende de las consecuencias esperadas. Las personas responden a una acción y el ambiente controla la conducta. Es el origen del reforzamiento, proceso que fortalece y estimula la repetición de una conducta y sus consecuencias.¹¹

Social o Socio-cognitivo de Bandura: Los niños aprenden dentro de un contexto social, mediante la observación e imitación de modelos. Esta teoría da una relevancia al entorno como génesis y modulador clave de la conducta de cada individuo. Considera que el desarrollo humano es por la acción del aprendizaje dentro del contexto social a través de modelos en situaciones reales y simbólicas; esta teoría no considera importante dividir al ser humano en etapas del desarrollo, considera que el individuo se crea así mismo mediante la experiencia.¹⁰

Perspectiva cognitiva. El desarrollo cognitivo se entiende como un conjunto de transformaciones que se producen en las características y capacidades del pensamiento durante el periodo de desarrollo.

Etapas Cognitivas de Piaget: Se centra en el estudio de los procesos mentales asociados con el conocimiento y se basa en las estructuras biológicas que ponen en funcionamiento la mente humana y los cambios cualitativos en el pensamiento. Los niños tienen una manera

específica de pensar y de interpretar en cada etapa del crecimiento. La idea central de esta teoría es que la inteligencia es un proceso de adaptación; está en la naturaleza del organismo humano adaptarse a su ambiente y comprenderlo, explorando, manipulando y examinando los objetos y personas de su mundo. Piaget describió el desarrollo cognoscitivo y la mente humana en una serie de 4 etapas las cuales permiten crear unas estructuras lógicas cada vez más sofisticadas y de importancia.¹³

Socio-contextual de Vigotsky: Según esta perspectiva la interacción social es indispensable para el desarrollo cognitivo. El contexto cultural influye y contribuyen al desarrollo. Propone que el desarrollo cognitivo depende de las relaciones sociales que está presente en el mundo del niño y de las herramientas que la cultura le da, para apoyar el pensamiento y se lleva a cabo a medida que el niño internaliza los resultados de sus interacciones sociales.⁹

Estas perspectivas teóricas serán la base del marco referencial para organizar y orientar el Abordaje Conductual en Odontopediatría de acuerdo a la complejidad de los diferentes niveles o períodos del desarrollo infantil.

Período del desarrollo infantil

Existen diferentes momentos que marcan los ritmos del desarrollo del niño, el concepto de período del desarrollo del niño es un constructo, definiéndose cinco períodos: Prenatal, primera infancia o lactante, segunda infancia o pre escolar, tercera infancia o escolar y adolescencia.¹¹

Propuesta de abordaje conductual en odontopediatría

La propuesta se fundamenta en los aspectos más importantes de cada etapa del desarrollo de acuerdo a las diferentes perspectivas teóricas,

considerando los relevantes para el abordaje conductual en odontopediatría.

Prenatal: concepción al nacimiento

Desarrollo Cognitivo: Se desarrollan las capacidades para aprender, recordar y para responder a los estímulos sensoriales.

Desarrollo Psicosocial: El feto responde a la voz de la madre y desarrolla preferencia por ella. Puede ser influenciado por factores ambientales y genéticos.

Primera infancia. Lactancia menor

Perspectiva teórica psico-sexual de Freud. Etapa oral. Desde el nacimiento hasta los 12 a 18 meses.

En esta etapa la principal fuente de interacción del bebe se realiza a través de la boca, que además es la zona erógena del niño y es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales. Durante los primeros 6 meses se encuentra en la fase oral de succión o lactancia, época en que siente placer en succionar, alimentarse y conocer, introyectando el mundo a través de la boca.

Si sus necesidades físicas son satisfechas aprenderá a tener confianza en el mundo que lo rodea. El niño alivia su tensión sexual succionando y deglutiendo. La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y a través de ella el nuevo ser obtiene la primera experiencia de sí mismo, que indeleblemente permanecerá como núcleo central en la estructura de la personalidad futura. Es la zona de máxima seguridad.¹⁴

El ser humano depende de otra persona para sobrevivir, esta dependencia tiene que ver con el cuidado físico, alimentación y especialmente la relación emocional con la madre, que es el

vínculo afectivo que marcará las ulteriores relaciones sociales.⁴

Perspectiva de desarrollo psicosocial de Erickson. Confianza vs desconfianza. Desde el nacimiento hasta los 18 meses.

El niño adquiere confianza y seguridad a través de la madre. El elemento crítico para desarrollar la confianza es el cuidado sensible, responsivo y consistente. Necesita desarrollar un equilibrio entre la confianza y desconfianza. Al predominar la confianza se desarrolla la virtud, o fortaleza, de la Esperanza. Si predomina la desconfianza los niños percibirán al mundo como hostil e impredecible. Se forma el apego y el vínculo afectivo entre los padres y otras personas, siendo el apego un vínculo emocional entre el lactante y el proveedor de cuidados.¹²

Perspectiva socio-cognitiva de Bandura

Se desarrolla la imitación como un proceso de aprendizaje y adaptación. Asocia gestos con palabras simples.¹⁰

Perspectiva cognitiva de Piaget. Etapa sensorio motor. De 0 a 2 años

En esta primera etapa del desarrollo cognitivo la captación del ambiente es a través de los sentidos. El niño construye su mundo a través de lo que oye, ve, siente, degusta, huele. Al principio usa sus instintos para adaptarse al mundo. Tienen expresiones reflejas, repitiendo sensaciones placenteras hasta obtener coordinación mano boca y experimentando activamente lo que le permite organizar relaciones causales. Experimenta tocando y sintiendo los objetos. Los lactantes aprenden acerca de sí mismos y su mundo por medio de su actividad sensorial y motora.

El niño construye un mundo comprensible coordinando sus experiencias sensoriales con acciones físicas. Se comunica con movimientos corporales, llorando, balbuceando o riendo.

También se desarrolla la imitación como un proceso de aprendizaje y de adaptación.¹³

Perspectiva del aprendizaje. Durante los tres primeros años de vida en el niño, el aprendizaje está basado en la asociación entre estímulos y premios y castigos.¹¹

Desarrollo del lenguaje. El crecimiento cerebral durante los primeros meses y años está estrechamente vinculado con el desarrollo del lenguaje. No es sino hasta principios del segundo año de vida, cuando la mayoría de los niños comienzan a hablar, al madurar las vías que conectan la actividad auditiva y motora.¹¹

Los infantes se expresan por medio de sonidos que progresan del llanto a los arrullos y balbuceos, que se conoce como habla prelingüística, para manifestar sus necesidades y sentimientos. Los lactantes también desarrollan la capacidad para reconocer y comprender los sonidos del habla y para utilizar ademanes con significado. Posteriormente desarrollan un habla telegráfica que consiste en emplear unas cuantas palabras esenciales.¹⁴

Miedos. Los infantes responden a ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, personas, objetos y lugares extraños.¹⁵

Emociones: Al primer mes son capaces de reconocer en las demás emociones como alegría y enfado, a los 3 meses aparece la sonrisa social, a los 4 meses ríen al tocar sus juguetes y luego empiezan a mostrar interés hacia otros estímulos que lo rodean. Posteriormente desarrollan habilidades empáticas y pueden imitar la expresión facial de emociones básicas.¹⁵

Abordaje conductual odontopediátrico del lactante menor

- El profesional debe tomar conciencia de la zona bucal, su significación biológica y

emocional, comprender el fuerte significado psicosocial que tiene para el ser humano.

- La manipulación de la cavidad bucal debe realizarse con extremo cuidado, delicadeza y sutileza, considerando que se introducirán elementos extraños de diferentes texturas y sabores.
- Es imprescindible la presencia de la madre y/o cuidador para asegurar y mantener la confianza y el apego a afectivo. Para garantizar su seguridad la contención física debe ser realizada por la madre. Se recomienda la posición rodilla con rodilla, que la madre sostenga en las piernas con la cabeza apoyada en las piernas del odontólogo, esto le ayuda a superar los miedos y favorece la estabilización del sentimiento de seguridad.
- Deben ser arrullados, acariciados o recibir contacto físico sutil. El profesional debe ser sumamente delicado al establecer contacto físico.
- Evitar sonidos fuertes, movimientos bruscos, luz intensa y olores penetrantes.
- Estar atentos a su comunicación no verbal, gestos y movimientos corporales que expresen sus necesidades.
- El lactante responde a conductas no verbales del adulto, por lo que hay que estar conscientes de nuestros gestos, expresión corporal y tono de voz.
- Se recomienda utilizar lenguaje pre lingüístico. Usar palabras cortas con tono de voz suave, aunque no entienda su significado. Empieza a asociar cada cosa con un nombre o un sonido que los identifique.
- Se le puede dar a manipular el espejo bucal o juguetes que se pueda introducir en la boca y desarrollar estímulos asociados a la actividad odontológica.
- Es importante reforzar las conductas positivas.
- Trabajar sesiones cortas.

Primera infancia. Lactancia mayor

Perspectiva teórica psico-sexual de Freud. Etapa anal. Desde los 18 meses a los 2 años.

Se desarrollan los hábitos de limpieza y de control de esfínteres. Percibe sensaciones placenteras al expulsar o retener contenidos uretrales o anales. Los adultos deben mantener una actitud tranquilizadora y de confianza, estimulando los esfuerzos para conseguir logros básicos, motores y cognitivos (como el control de esfínter). La bipedestación y el gateo y le sirven para separarse de la madre.¹¹

Perspectiva de desarrollo psicosocial de Erickson. Autonomía vs vergüenza y duda. De 18 meses a 3 años.

Esta etapa marca el principio de autocontrol, se produce la madurez muscular, capacidad de movilización y lenguaje. Adquiere sentido de autonomía e independencia, puede caminar, comer solo, jugar a voluntad propia. El exceso de protección materna, produce en el niño sentimiento de dudas, vergüenza e inseguridad en sí mismo. Si predomina la autonomía, la virtud que desarrolla es la Voluntad.¹²

Perspectiva del aprendizaje social de Bandura. Aprende por medio de observar la conducta de otros, e imitando a modelos.¹⁶

Perspectiva cognitiva de Piaget

Etapa sensorio motriz. Las experiencias sensoriales se vuelven coordinadas. Hay aprendizaje por el contacto y la discriminación de objetos. Se desarrolla la conducta imitativa.¹³

Perspectiva del aprendizaje socio-conceptual de Vitgotsky

Propone un proceso de participación guiada donde el aprendizaje es orientado por una

persona que brinda apoyo y estímulo para comprender la realidad.⁹

Desarrollo del lenguaje. El niño será capaz de comprender la realidad y comunicar experiencias. Desarrolla oraciones de 2 a 6 palabras, usa el lenguaje para describir ideas o necesidades, emociones físicas o anhelos.¹⁴

Miedos. A ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, personas, objetos y lugares extraños.¹⁵

Emociones: El llanto, sonrisas, y risas son las primeras señales de las emociones. Otros índices incluyen las expresiones faciales, la actividad motora, el lenguaje corporal y los cambios fisiológicos.¹¹

Abordaje conductual odontopediátrico del lactante mayor

- El odontólogo debe estar atento a las necesidades fisiológicas del infante. Evitar avergonzarlos ante situaciones inesperadas de no poder controlar sus esfínteres.
- La manipulación en la cavidad bucal debe seguir siendo de una manera sutil y meticulosa considerando que su aprendizaje está basado en sus experiencias sensoriales y utilizar elementos protectores para evitar que el niño cierre la boca y lesione al profesional, debido a la presencia de los dientes en boca.
- El odontólogo debe tener una actitud, calmada y segura donde brinde confianza, permitiéndole la independencia y movilidad física, propia de esta etapa y al mismo tiempo estableciendo principios de control y permisión.
- Considerar la participación guiada e interacciones mutuas, con los adultos del entorno del niño para facilitar el aprendizaje de cuidados y en la atención odontológica.
- Es imprescindible la presencia de la madre y/o cuidador que será la persona que

contenga al niño en caso necesario, para su resguardo físico y su control.

- Considerar el contexto familiar al analizar el comportamiento del niño.
- Mantener el instrumental y el material en resguardo del paciente, permitiéndole tocar y jugar con instrumental no lesivo.
- Utilizar juguetes adecuados a su edad como distractores.
- La madre o el cuidador pueden servir de modelo a seguir con actitudes positivas, haciendo uso de gestos y conductas que el infante pueda imitar al momento de realizar la actividad odontológica (Por ejemplo, abrir la boca).
- Estar atentos a las expresiones faciales y corporales que alertan sobre las emociones de los niños.
- La comunicación gestual del odontólogo es importante, por lo que debe estar consciente de su tono de voz, expresiones faciales y posturales.
- Usar lenguaje telegráfico, y órdenes claras, con frases de dos a tres palabras.
- Hacer uso de conductas clínicas sencillas y actividades repetitivas como estímulos para realizar el tratamiento odontológico.
- Reforzar las conductas positivas a través de reforzadores sociales, elogios y premios.
- Realizar sesiones cortas.

Segunda infancia. Etapa preescolar

Perspectiva teórica psico-sexual de Freud. Etapa fálica. De 3 a 6 años

En esta etapa la organización de la libido pasa de la región anal para la zona erógena genital. En esta etapa edípica, el niño siente predilección por el padre del sexo opuesto y rivalidad con el del mismo sexo. Va adquiriendo un conocimiento progresivo de su sexualidad y a tener sensaciones placenteras.¹¹

Perspectiva de desarrollo psicosocial de Erickson. Iniciativa vs culpa. De 3 a 5 años

El niño desarrolla iniciativas e inventa juegos, fortalecen su autonomía, pero tiene el conflicto entre lo que desea, y lo que puede o no hacer; donde las iniciativas positivas deben ser apoyadas por los adultos, estableciendo supervisión sin excesiva interferencia. El conflicto surge de la creciente sensación de tener una intención que impulsa el niño a planear, llevar a cabo actividades y tener la aprobación social. Cuando regulan su deseo de aprobación desarrolla la virtud del Propósito.¹²

Perspectiva cognitiva de Piaget. Etapa pre-operacional o simbólica. De 3 a 7 años

Hay refinamiento de las capacidades sensorio motora, el niño utiliza representaciones mentales (palabras, números o imágenes) a las que les ha asignado algún significado, lo cual le permite comunicarse verbalmente. La función simbólica en esta etapa se muestra por medio de la imitación diferida, el juego simulado, juego de fantasía (no distingue entre la realidad y la imaginación), animación de objetos, atribuyéndole vida a estos.¹³

Los niños son egocéntricos, con incapacidad de ver las cosas desde el punto de vista del otro, tienen dificultad para aceptar las normas sociales predominantes (comprensión de causa efectos), tienen capacidad para clasificar, razonamiento transductivo y comprensión de números.¹¹

Desarrollo del auto concepto, de identidad de género a través de la socialización y de la autoestima.

Perspectiva del aprendizaje teoría socio-cognitiva de Bandura

La observación de modelos se orienta a la creación de sus propias variaciones conductuales. Aprenden los roles de géneros

gracias a la socialización, con influencias familiares, y compañeros.¹⁰

Perspectiva del aprendizaje modelo socio-conceptual de Vitgotsky.

La cultura influye en la tipificación del género. Los niños aprenden mediante la internalización de los resultados de sus interacciones con adultos.¹⁰

Desarrollo del lenguaje. El lenguaje comprensivo es más complejo, con frases que elabora con amplio vocabulario y puede responder a preguntas sencillas. Comienza a utilizar pronombres personales y posesivos “Yo, Tu”, y Mío”, su lenguaje se extiende más allá de lo inmediato, debido a la capacidad simbólica del niño y como tal puede evocar y representar mentalmente las cosas, acciones y situaciones, trascendiendo la realidad y presente.¹¹

Miedos. Temores específicos a médicos, hospitales, dentistas, policías fantasmas y el coco. Miedos a la oscuridad a quedarse solo, a lo imaginario y sobre natural, animales, ruidos, separaciones de los padres y dormir solo.¹⁵

Emociones. En esta etapa comienzan a experimentar sentimientos contradictorios (amor-odio). Se da cuenta que las otras personas no piensan y siente igual que él. Capacidad de empatía con el otro. Durante este periodo las rabietas y los miedos disminuyen a medida de aumenta la capacidad de autocontrol.¹⁶

Abordaje conductual odontopediátrico en la segunda infancia

- Mantener el centro afectivo respetando el vínculo materno o paterno en el consultorio.
- Permitirle la autonomía de movimientos, resguardando su seguridad.
- Dejarle manipular, tocar y jugar cuidadosamente con el instrumental y parte

del equipo odontológico, no riesgoso para él (espejos, jeringa triple), bajo control y/o supervisión del profesional.

- Comunicarse con frases cortas y sencillas, haciendo usos de metáforas, cuentos y eufemismos.
- Explicar con palabras adecuadas al desarrollo de su edad y nivel de comprensión (decir, mostrar y hacer).
- Utilizar la ludoterapia, y animismo (debido a su pensamiento mágico y afectivo).
- Recurrir a elementos distractores y escape contingente (contar del 1 al 10 y pare).
- Se puede usar el modelaje y la imitación a modelos, observando la conducta de niños colaboradores.
- Respetar y considerar sus miedos naturales, especialmente en casos con experiencias previas.
- Valorar su personalidad, respetar su cultura afianzar su género,
- Considera la condición socio económico y entorno familiar del niño para codificar el proceso de la comunicación y lograr la interpretación del mensaje.
- Importante el reforzamiento positivo (uso del elogio y alabanzas).
- Trabajar sesiones cortas.

Tercera infancia. Etapa escolar

Perspectiva teórica psico-sexual de Freud. Etapa Latencia. De 6 a 12 años

La etapa de latencia se caracteriza por no tener una zona erógena concreta, asociada a la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad, la libido redirecciona su energía en logros físicos y adquisición de sus conocimientos. Los niños se identifican con los padres del mismo sexo. Se adoptan roles de género.¹¹

Perspectiva de desarrollo psicosocial de Erickson. Industriosidad vs inferioridad. De 5 a 12 años

El objeto de este período es la laboriosidad, que contribuirá a evitar el sentimiento de inferioridad. El niño deberá dedicarse a la educación escolar, y aprender habilidades para insertarse en la sociedad, si no lo logra, es posible que desarrolle, un sentimiento de inferioridad e incompetencia. El equilibrio en esta etapa lo consigue con ser laborioso y con cierta duda que lo mantenga humilde para continuar aprendiendo, obteniendo la virtud de la Destreza, es decir, la capacidad de lo se propone. La percepción que el niño tiene de su capacidad para el trabajo productivo y el apoyo social, son un factor determinante de su autoestima. Aumenta la empatía y el comportamiento prosocial.¹²

Perspectiva cognitiva de Piaget. Etapa de operaciones concretas. De 7 a 12 años.

Esta etapa coincide con la escolaridad. El niño puede resolver problemas concretos de manera lógica, concentrándose en el aquí y en el ahora, requiere explicaciones y razones para todo. Su capacidad de pensar concretamente facilita la comunicación y la cooperación, son capaces de aceptar reglas y controlarse, absorben todas las normas y habilidades de su cultura. Se preocupan por la integridad de su cuerpo. La atención selectiva, se enfoca en la información de lo que necesitan y desean; se concentran más tiempo que los infantes. Los niños presentan un vocabulario más complejo y son capaces de comprender e interpretar la comunicación oral y escrita y se dan a entender.¹¹

Perspectiva del aprendizaje teoría socio-cognitiva de Bandura

El grupo de pares cobra importancia en esta etapa, ayudándolo a desarrollar habilidades sociales. Les permite poner a prueba y adoptar

valores independientes de los padres, les da un sentido de pertenencia y les ayuda a desarrollar el autoconcepto.¹⁰

Perspectiva del aprendizaje modelo socio-conceptual de Vitgotsky

Las creencias y actitudes culturales influyen en cómo se desarrollan la enseñanza y el aprendizaje.⁹

Desarrollo del lenguaje Se incrementa su capacidad lingüística cuantitativamente y cualitativamente, ampliación del vocabulario y de la formación de conceptos. Se empieza y se perfecciona la lectoescritura.¹³

Miedos. Tiene miedos a los seres sobrenaturales, oscuridad, sucesos mediáticos, daño y lesiones físicas, muerte, a la burla y el ridículo ante los demás.¹⁵

Emociones. A los 6 años los niños se enfadan por razones más maduras. Ya perciben las injusticias, las críticas, incompreensión incluso el sentirse rechazados. Surgen más experiencias afectivas. Aprenden a auto controlar su expresión emocional. Alrededor de los 9 años, los niños se vuelven más reservados en expresar sus emociones y son capaces de entender sus sentimientos y los de los demás.¹¹

Abordaje conductual odontopediátrico en la tercera infancia

- Respetar la decisión del niño de entrar o no con sus padres.
- Establecer empatía y rapport de acuerdo a los intereses del niño
- Utilizar un lenguaje claro, dando explicaciones detalladas apoyadas con visualización de objetos. Decir, mostrar y hacer.
- Valorar su capacidad de comprensión.

- Respetar el miedo al daño y a lesiones física del paciente.
- Evitar críticas y hacerlo pasar vergüenzas, respetar sus emociones.
- Motivar e incentivar al logro, permitiéndole independencia y respetabilidad, reconociendo su cooperación.
- Considerar las relaciones entre sus pares en la consulta odontológica.
- Respetar las creencias y cultura en la que se desarrolla su ambiente familiar.
- Reforzar sus metas y logros alcanzados. Fortalecer su autoestima.
- Se pueden trabajar sesiones un poco más largas, permitiéndole que el paciente tenga el auto control del tiempo en la situación.

La etapa adolescente

Perspectiva teórica psico-sexual de Freud. Etapa genital. De 12 a 20 años.

Sucedan cambios hormonales y fisiológicos que estimulan la sexualidad. Se da la madurez reproductiva. Período de fragilidad y ansiedad. Resolviendo los conflictos a veces con agresión.¹¹

Perspectiva de desarrollo psicosocial de Erickson. Identidad vs confusión de la identidad. De 12 a 18 años.

La identidad se forma cuando los jóvenes resuelven tres aspectos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de los valores en que creerán y ceñirán su vida y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. El grado de fidelidad a los compromisos que establezcan los jóvenes, influyen en su capacidad para resolver la crisis de la identidad. Los adolescentes que resuelvan satisfactoriamente esta crisis, desarrollan la virtud de la Fidelidad: lealtad sostenida, sentido o pertenencia. Enriquece su mundo social con nuevas amistades.

Experimenta la separación de sus padres, asociándose y amparándose entre sus pares.¹¹

Perspectiva cognitiva de Piaget

Etapa operaciones formales. De 11 años hasta la adultez.

Pensamiento de manera abstracta, enfrentando situaciones hipotéticas, coordinación de conceptos abstractos y lógica deductiva, conciencia del propio pensamiento buscando autonomía e identidad. Se vuelve egocéntrico y sensible a los comentarios. Todo lo discutirá en un ejercicio de rebeldía y autoridad. Comienza a proyectar su futuro.¹³

Perspectiva del aprendizaje teoría socio-cognitiva de Bandura

En esta etapa ocurre la imitación moral y la búsqueda del Yo. Este proceso comienza en la etapa de la adolescencia y termina con la capacidad de tomar decisiones propias. El desarrollo de la moral es un proceso de interiorización mediante el reforzamiento e imitación. Buscará a sus pares para poder separarse de sus padres; en esa autoafirmación grupal, se parecerán unos a otros para identificarse primero como grupo social y más adelante como individuo.¹⁰

Perspectiva del aprendizaje modelo socio-conceptual de Vitgotsky

En esta etapa la clave para categorizar el pensamiento adolescente es la capacidad de asimilar el proceso de formación de conceptos, confirmando su punto de vista personal.⁹

Desarrollo del lenguaje. Construcción de oraciones complejas y de conceptos abstractos. A veces alejado de las normas lingüísticas, usa un lenguaje deformado para su identificación en un grupo.¹¹

Emociones: Los adolescentes tempranos de 11 a 13 años, utilizan la amígdala, que tiene una fuerte participación en reacciones emocionales e instintivas; los adolescentes mayores como los adultos tiene mayor probabilidad de utilizar los lóbulos frontales que manejan planificación razonamiento, juicio, regulación emocional y control de impulso.¹⁶

Miedos: Al odontólogo, a castigos, al rechazo social, al fracaso, a la separación de los padres, a perder su comunicación digital.¹⁶

Abordaje conductual odontopediátrico del Adolescente

- Establecer un clima de confianza o rapport con el paciente.
- El llenado de la Historia clínica requerirá la presencia de la madre y/o el padre, sin embargo, será conveniente para las siguientes consultas respetar su independencia.
- El profesional debe tener cuidado de la proxémica y contacto físico con el adolescente.
- Cuidar el tono de voz. Escuchar al adolescente. Permanecer atentos y alerta, no opinar ni interrumpirlo, evitando comentarios de desaprobación.
- Consensuar con él la programación de las citas, y hacerle participar en las decisiones terapéuticas, haciendo énfasis en su responsabilidad.
- Reafirmar sus valores y su identidad.
- Entender y comprender que el adolescente tiene su propio dialecto y juego de palabras.
- El lenguaje empleado en la comunicación puede ser amplio y detalladamente y de forma abstracto, debido a su gran capacidad de procesamiento de la información.
- Explicar ampliamente con proyección a futuro, lo relacionado a su salud bucal.
- Utilizar los diferentes recursos tecnológicos para establecer y mantener la comunicación.

- Reforzar su autoestima y actitudes positivas.

El manejo del comportamiento del niño se ha fundamentado en el conductismo, que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean y se basa en el control de las emociones, según refiere Corah.¹⁷

En esta investigación consideramos que el desarrollo del ser humano adquiere un carácter de irrepitibilidad, donde juegan papeles importantes la herencia biológica, las estructura anatómica fisiológicas, bioquímicas y especialmente las experiencias tempranas, así como las primeras interacciones que le dan cierta continuidad y construcción al desarrollo, lo que hace que cada miembro de especie humana sea único y en permanente cambio tanto de naturaleza cuantitativa y cualitativa, todo esto en consonancia con lo establecido por Morris.¹⁸

El manejo conductual es fundamental en odontopediatría, porque permitirá en primera instancia establecer una relación de confianza o rapport con el paciente, además de precisar las técnicas de adaptación específicas indicadas para cada niño en la consulta. Por lo tanto, el abordaje conductual presentado en esta investigación es una propuesta importante y necesaria para iniciar asertivamente este primer contacto con el paciente.

Aunque el uso de las técnicas de manejo conductual en Odontopediatría descritas en la literatura ha mostrado ser efectivas y hacen énfasis las diferencias físicas y psicológicas de los niños, no se consideran las características conductuales específicas de cada etapa del desarrollo, para la indicación de la técnica requerida.

En esta propuesta previa a la aplicación de las técnicas, se considera importante realizar el abordaje conductual analizando y valorizando cada una de las características en cada etapa, que

permite integrar este conocimiento según las diferentes perspectivas teóricas, para establecer una relación afectiva, segura, de confianza y adecuar la técnica de adaptación más apropiada.

En consideración a lo antes expuesto, la reflexión de Basso¹⁹ hace referencia que, cada decisión terapéutica en odontología debe anteponer el objetivo de no dañar física ni emocionalmente al paciente y que la aceptación de todo cuanto se realiza en el paciente en crecimiento y desarrollo, repercute tanto en la esfera somática como la mental, proyectando la labor del hoy y del mañana, que conducirá a una actitud cuidadosa y respetuosa.

Para promover actitudes y conductas positivas hacia lo odontológico y garantice el mantenimiento de su salud bucal, cada niño debe ser tratado como un ser humano único con características propias de acuerdo a su edad y su desarrollo, respetando sus emociones para su seguridad y protección en el quehacer odontológico. Para ello es necesario apropiarse de herramientas que faciliten el abordaje conductual en la clínica odontopediátrica.

Las investigaciones relacionadas al manejo conductual del niño involucran la necesidad de proporcionar experiencias odontológicas agradables, pero los nuevos retos según Law²⁰ están orientados a identificar y definir nuevas técnicas de orientación de comportamiento. Considerando que el proceso salud enfermedad, de la caries dental seguirá siendo un reto para los odontopediatras, si las políticas de salud no cambian, es importante hacer énfasis en la necesidad de investigar en relación a la gestión del comportamiento del niño, la comunicación y la prevención en salud bucal.

Reflexiones finales

Hay pocas evidencias de que las técnicas de gestión del comportamiento en Odontopediatria

hayan cambiado en los últimos años, a pesar de los adelantos científicos en psicología y neurociencia, por lo que esta propuesta de modelo de abordaje conductual que integra los aspectos del desarrollo psicosocial del niño y adolescente con sus características individuales, brinda los pasos para establecer una relación de confianza que perdure en el tiempo de una manera ecológica. Por lo tanto, se concluye:

- El manejo efectivo del comportamiento en odontopediatria está basado en la comprensión actual del desarrollo social, emocional, y cognitivo de los niños.
- Para establecer y desarrollar una relación de confianza entre el odontólogo y el niño, se debe realizar un abordaje conductual, tomando en cuenta las características individuales del niño.
- Las diferentes perspectivas teóricas desde las cuales se aborda el desarrollo cognitivo y psicosocial del niño, proporcionan las características específicas, para comprender e interrelacionar los elementos necesarios a considerar en el abordaje conductual personalizado, el cual facilita el proceso de adaptación y permitirá anticipar la conducta del niño en la clínica odontopediátrica.
- Esta propuesta innovadora es una estrategia efectiva para el manejo conductual del niño ya que involucra un abordaje específico para cada etapa, respetando las características propias de su desarrollo y de esta manera promover en él una actitud positiva hacia el tratamiento odontológico y por ende hacia la salud bucal.
- Es necesario que el profesional desarrolle habilidades para el abordaje conductual en la consulta odontológico.
- El profesional de la Odontopediatria debe profundizar en el conocimiento de la psicología evolutiva del niño para poder identificar y comprender las características propias del niño así poder abordar en el

tratamiento odontológico de una manera científica.

Referencias

1. American Academy of Pediatric Dentistry Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric dental patient. 2017-2018; 39 (6).
2. Asociación latinoamericana de Odontopediatría. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. Rev. de Odontopediatr Latinoam. 2da edición.
3. Guedes P, Bonecker M, y Martins C., Fundamentos de Odontología Odontopediátrica. Brasil. Editorial SAN. 2011
4. Escobar F. Odontología pediátrica. España. Editorial Médica Ripano S.A. 2011.
5. Cárdenas J. Fundamentos Odontológicos. Odontología Pediátrica. Colombia. Editorial Corporación para Investigaciones biológicas. 4ta edición. 2009
6. Biondi A, Cortese S, Ortolani A. Caries Temprana de la infancia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comparación de frecuencia en diferentes ámbitos de atención. Rev. Odontopediatr Lationam. 2018; 8 (1). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2018/1/art-2/>
7. Bermúdez S, Guerra M, Gutiérrez H, Osorio A. Caries en dentición Primaria en infantes que acuden a la consulta del niño sano del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. Rev. Odontopediatr Latinoamericam. 2015; 5 (1). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2015/1/art-2/>
8. Feigal R. Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy. J Dent Educ. 2002; 65(12): 1369-77
9. Vielma V, María L. Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. Educare. Revista Venezolana de Educación. 2000; 9:30-7.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84(2):191-215.
11. Papalia D, Wendkos O, Dusin R. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México. McGraw-Hill Interamericana, S.A. DE C.V. Undécima edición. 2009.
12. Erikson, E. El ciclo vital completado. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
13. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. Disponible en línea 2017 http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
14. Rojas A, Misrachi L. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av. Odontostomatol. 2004; 20 (4): 185-91.
15. Galdames S. Fobias y conductas disruptivas en niños de hoy. Rev. Soc. Chil. Odontopediatría. 2015; 30(1): 13-6.
16. Amara J, Avello R, Tirado D. Desarrollo infantil y construcción del mundo social. Colombia. Ediciones Uninorte. 2004.
17. Corah NL, O'Shea RM, Skeels DK. Dentist's perceptions of problem behaviors in patients. JADA. 1982; 104 (8): 29-33.
18. Morris, R J, Kratochwill T. R. Treating children's fears am phobias. A behavioral approach (Cap. 6, Methodological and assessment. N.Y. Pergamon Press. 1983.
19. Basso ML. Puesta de límites en Odontopediatría. Rev Asoc. Odontol Argent.1997; 85: 40-5.
20. Law C, Karp J. Behavior guidance symposium. Workshop B report- training implication. Rev. Pediatric Dentistry. 2014; 40(3):154 -7.