

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Manejo psicológico del niño en la consulta estomatológica

Manage psychological of the boy in the dental consultation

Autores: Dra. Yolexis Pérez Espinosa*, Lic. Aniuska de los Ángeles Tergas Díaz**, Lic. Dulvys Betancourt Díaz***.

* Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas.

** Licenciada en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica. Profesora Asistente. Filial de Ciencias Médicas “Dr. Mario Muñoz Monroy”, Las Tunas.

*** Licenciada en Tecnología de la Salud en Atención Estomatológica. Profesora Asistente. Filial de Ciencias Médicas “Dr. Mario Muñoz Monroy”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Lic. Aniuska de los Ángeles Tergas Díaz

E-mail: tergas@ltu.sld.cu

RESUMEN

La relación humana estomatólogo-niño-padres en el ejercicio de la Odontopediatría es fundamental para el éxito del tratamiento. El desarrollo psicológico por edades debe servir de base para comprender la respuesta normal del niño en relación con su medio, a medida que crece y se desarrolla. Las reacciones emocionales más frecuentes en el niño ante el tratamiento dental son: temor, ansiedad, resistencia, regresión, retracción, timidez. Las categorías de comportamiento de acuerdo al conjunto de reacciones emocionales que presentan ante el tratamiento dental se agrupan en: conducta cooperativa, conducta no cooperativa y conducta potencialmente no cooperativa. El conocimiento por parte del Estomatólogo General Integral de las diferentes técnicas de manejo y modificación de la conducta en los niños le aportarán al mismo elementos para enfrentarse a los problemas de salud de la infancia con mayor

seguridad de poder lograr comunicación, aceptación y cooperación ante el tratamiento estomatológico.

Palabras clave: ODONTOPEDIATRÍA; TRATAMIENTO DENTAL; TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO.

Descriptor: ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑOS /psicología.

SUMMARY

The relationship human dentist-boy-parents in the exercise of the Dental pediatrics are fundamental for the success of the treatment. The psychological development for ages should serve as base to understand the boy's normal answer in connection with its means as it grows and it is developed. The most frequent emotional reactions in the boy before the dental treatment are: fear, anxiety, resistance, regression, retraction, shyness. The behavior categories according to the group of emotional reactions that you/they present before the dental treatment group in: cooperative behavior, behavior non cooperative and behavior potentially non cooperative. The knowledge on the part of the Integral General Dentist of the different handling techniques and modification of the behavior in the children will contribute to the same one, elements to face the problems of health of the childhood with more security of being able to achieve communication, acceptance and cooperation before the dental treatment.

Key words: PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT; EMOTIONAL REACTIONS; DENTAL TREATMENT.

Descriptors: DENTAL CARE FOR CHILDREN /psychology.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del triunfo de la Revolución cubana las continuas respuestas a las transformaciones del país fueron, en gran medida, generadoras de cambios y desarrollo de los actuales rumbos de la psicología, lo que le permitió incorporarse siempre con fuerza en todo el proceso del proyecto social revolucionario, como, por ejemplos, la introducción de esa ciencia en el sistema de salud, el estudio de género y comunidades desde nuevas perspectivas, la universalización de la enseñanza y la investigación de los impactos de los procesos migratorios, entre muchas otras funciones, todo lo cual ha posibilitado una mejor

visión de la evolución de la psicología en la comprensión de las manifestaciones de la conducta humana. (1)

Una tarea permanente de la universidad cubana es cumplir con las ideas del gran maestro José Martí, cuando decía: "Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha antecedido: es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente, hasta el día en que vive; es ponerlo al nivel de su tiempo, para que flote sobre él, y no dejarlo debajo de su tiempo, con lo que no podría salir a flote, es preparar al hombre para la vida". (1)

En nuestro país, a pesar de la labor realizada por nuestro Ministerio desde el triunfo de la Revolución, para crear y desarrollar todos los Programas de Salud y, en especial, el Programa de Atención Estomatológica al menor de 15 años y, más recientemente, el Programa Nacional de Atención Integral de la Salud del Adolescente; aún persisten hábitos, opiniones, aptitudes y creencias erróneas e inadecuadas en gran parte de la población, constituyendo todas ellas verdaderas barreras psicológicas a enfrentar por el estomatólogo integral para su trato a niños y adolescentes. Por esta razón el tratamiento estomatológico infantil requiere necesariamente de la ayuda de los conocimientos psicológicos. (1)

La psicología de las edades constituye una disciplina científica que estudia las regularidades del desarrollo psíquico y sus leyes internas, partiendo del análisis de aquellas condiciones que explican de forma causal este desarrollo y que permiten caracterizar las diferentes etapas por las cuales transcurre, teniendo en cuenta el desarrollo científico contemporáneo que incluye las particularidades etéreas del desarrollo psíquico del hombre desde el nacimiento hasta la madurez; es indudablemente el dominio de las mismas y también del crecimiento y desarrollo general y cráneo-facial y del aparato masticatorio desde el mismo momento de la fecundación del óvulo responsabilidad del Estomatólogo General Integral, con el fin de alcanzar mayor eficiencia y grado de satisfacción en correspondencia con las necesidades de salud de la población. (1, 2)

Dentro de los problemas asociados a la Estomatología General Integral se encuentra el manejo del niño. Este manejo resulta de gran importancia, pues sin la adecuada colaboración del paciente las intervenciones dentales se tornan difíciles y a veces imposibles. Sucede a veces que el estomatólogo se muestra incompetente e incluso angustiado ante las dificultades que surgen en la atención de los niños; debiendo por ello realizar un intercambio activo con un ser inmaduro, cuyas reacciones están muy permeadas por la emoción, además

de tener un dominio mucho menor que el adulto de sus temores; por lo que requiere de él una incursión en el maravilloso campo de la Psicología Infantil aplicada a la Estomatología, que le permita ampliar y profundizar en el conocimiento de algunos principios básicos del comportamiento humano en las primeras etapas de la vida, que sirvan de utilidad en la práctica sincera y cotidiana de la Estomatología General Integral, ayudado de los conocimientos psicológicos sobre: (2)

- Desarrollo conductual por edades.
- Reacciones emocionales más frecuentes en el niño.
- Influencia de los padres en el comportamiento de los niños.
- Técnicas de manejo y modificación de la conducta.

DESARROLLO

El ejercicio de la Odontopediatría o Estomatología Infantil es una tarea difícil para un estomatólogo general u odontopediatra, porque no puede ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas buco-dentarios. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional, donde la relación humana estomatólogo-niño-padres es fundamental para el éxito del tratamiento estomatológico frente a las diversas situaciones. Para *Seeger* la aplicación de los conocimientos de psicología favorece a una mejor integración de esta relación, pues permite un diagnóstico global, que envuelve síntomas somáticos y psicológicos que necesitan estar correlacionados. (3, 10, 12)

La relación entre el profesional y el niño puede considerarse como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento. En los niños hasta los 7 u 8 años de edad esta relación es mediada por los padres, haciendo que la misma asuma un formato triangular, principalmente cuando el paciente es incapaz de la verbalización y mantiene dependencia estrecha de la madre. Para *Tollendal* la infancia es la edad que más requiere preparación psicológica por parte del profesional, y todo el desarrollo posterior del tratamiento dependerá de cómo fue la preparación inicial. (4, 17)

Desarrollo conductual por edades

Considerando el desarrollo psíquico, existen determinadas premisas para que éste se produzca:

Las naturales (herencia, maduración) y las sociales, dadas por el ambiente y la enseñanza, así como cuatro niveles o estadios en el desarrollo psicológico, desde el nacimiento hasta la pubertad, y que se definen de la forma siguiente: la lactancia: del nacimiento al año; la niñez temprana o edad temprana: de 1 a 3 años; la edad preescolar: de 3 a 6 años; la edad escolar: de 6 a 11 años, aproximadamente; adolescencia: de 1 a 14 años.

Los rasgos psicológicos comunes a todos los niños que se encuentran en una misma etapa del desarrollo psíquico son: similar actitud hacia el mundo que los rodea; iguales necesidades e intereses, así como las actividades que se derivan de estas, en especial aquellas actividades fundamentales, de las que dependen las particularidades más importantes del desarrollo psíquico en dicha etapa.

Cada etapa del desarrollo tiene sus características peculiares que la distinguen de las restantes y explican el comportamiento del niño a una edad dada, y está relacionada con las actividades fundamentales existentes. (2, 10,12)

Se describirán las características motrices, conducta adaptativa, lenguaje y conducta personal-social, según *Thomas, Snawder, Gutiérrez, Metigue, Pérez Villar, Veguer y Petroski*.

El desarrollo psicológico por edades debe servir de base para comprender la respuesta normal del niño en relación con su medio, a medida que crece y se desarrolla. (2, 10,12)

El primer año es una etapa caracterizada por grandes cambios: crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, incluidas las sociales. Estas están sometidas desde el nacimiento a la acción de factores biológicos y sociales que pueden alterar el desarrollo, e incluso retrasarlo. (2, 10,12)

Lactancia (0-1 año). Dentro de las actividades fundamentales del niño en esta etapa se encuentra la relación emocional con el adulto, pudiéndose afirmar que en este período el niño depende por entero del adulto y necesita de su apoyo y afecto para lograr un desarrollo psíquico adecuado. (2, 10,12)

Características de 0-4 meses

Es expresivo en todas las modalidades sensoriales; sigue un objeto con los ojos; retiene objetos que se le coloquen en la mano; se inicia el grito diferenciado por causas distintas (hambre, dolor, agrado, sonrisa); reconoce la madre; levanta la cabeza y la sostiene erguida y fija. (2, 10,12)

Características de 4-8 meses

Deja de ser un respondedor de estímulos al aparecer los actos intencionales y aparece la respuesta a la sonrisa; inspecciona y toca sus propias manos. Emite vocalizaciones distintas (placer, ansias y satisfacciones); cuando sostiene algún objeto muestra claramente la oposición del pulgar; miedo a los extraños, apareciendo la afección o amor del grupo familiar; (2, 10,12) se sienta solo.

Características de 8-12 meses

Extiende su dominio a las piernas y los pies y su índice pulgar. Hurguetea y arranca objetos. Se para erguido; busca objetos desaparecidos; goza con juegos o trucos sencillos; puede llorar pidiendo afección. Los gritos están más frecuentemente asociados a irritaciones o frustraciones. (2, 10,12)

Edad temprana de 1-3 años

Dentro de las actividades fundamentales del niño en esta etapa, se encuentra la manipulación de objetos e instrumentos accionando con ellos para relacionarse con las características del mundo que le rodea. (2, 10,12)

Características del 1er año

Camina y se sienta solo; es dueño de sí mismo. Hay nueva percepción de los extraños; manifiestan explosiones temporales si ve algo mal; muy rara vez obedece una orden verbal; generalmente puede entender más palabras que las que puede decir; es incapaz de responder racionalmente a la situación dental; toca y golpea objetos. (2, 10,12)

Características de los 2 años

Camina y corre. Articula palabras y frases. Posee control sobre sus esfínteres anal y urinario. Adquiere un sentido rudimentario de identidad y deposición personal; es un período de tremendo crecimiento físico, intelectual y emocional, a través del enriquecimiento del lenguaje él aprende a expresar cómo se siente y hace que sus necesidades se conozcan; puede esperar períodos cortos y tolerar si es necesaria alguna frustración temporal; muestra miedo, principalmente a los sonidos, y temor. Al separarlo de los padres, es tímido a los extraños. (2, 10,12)

Edad preescolar: de 3 a 6 años

Una de las actividades fundamentales en esta etapa es el juego de roles. Ocurre un hecho de suma importancia en esta etapa que es la forma de conciencia o autoconciencia (aparece el

yo) donde el niño se percata de su entidad y se distingue de todo lo que le rodea, persona y objetos. (2, 10, 12)

Características de los 3 años

Se produce la crisis de personalidad a los 3 años. El niño adquiere su propia entidad o diferenciación del yo. Se diferencia de todo lo que le rodea (objetos u otras personas). Ya posee autoconciencia, producto de esto tiene manifestaciones negativas e independientes. Quiere vestirse y hacerlo todo solo. Los estímulos que le provocan miedo son principalmente los visuales. Comienza a gozar de los juegos cooperativos y en grupo; se torna más independiente. (2, 10, 12)

Características de los 4 años

Es la edad del ¿por qué? y el ¿cómo? Formula infinidad de preguntas pudiendo utilizar lenguaje ofensivo y chocante. Es la edad que se llega a la cumbre de los temores. Pega, pateo y rompe cosas en acceso de ira. El temor al daño físico se hace general, y en particular teme menos a los extraños y al ruido. (2, 10, 12)

Características de los 5 años

Alcanza la madurez de su control motor. Salta, brinca y habla sin articulación infantil. Puede narrar incluso un largo cuento. Prefiere el juego con compañeros y siente un orgullo social por sus éxitos y prendas personales. (2, 10, 12)

Edad escolar: de 6 a 11 años

Fundamentalmente, en esta etapa existe un descuido total con respecto a dar cuidados dentales, no asiste al consultorio dental, aún siendo educado dentalmente durante la niñez.

Es un período de cambio físico y psicológico. Al incorporarse a la vida escolar el niño experimenta una reestructuración psicológica esencial. Tiene obligaciones y debe subordinarse a reglas de conducta. (2, 10, 12)

Adolescencia de 12 a 14 años

Busca su yo dentro de sí mismo. Muestra una gran insistencia a la similitud exterior con los demás. Generalmente tienen más cuidado con su persona que un año antes. A menudo se sienten indiferentes, absortos, sumidos en algún sueño y sordos a cualquier llamado. Rechazan la actividad de los padres. Aumenta el interés en su apariencia personal.

Muchos comentan que les gusta sentirse solos y aislados. En general se tornan cooperativos en el medio estomatológico. (2, 10, 12)

REACCIONES EMOCIONALES MÁS FRECUENTES EN EL NIÑO ANTE EL TRATAMIENTO DENTAL

Dependiendo del motivo, por el cual el niño es llevado por primera vez al estomatólogo, la mayoría de ellos llegan a la consulta estomatológica con aprensión y miedo.

El comportamiento poco cooperativo está motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso. (4, 5)

Según *Gutiérrez*, las reacciones más frecuentes a las que se enfrenta el estomatólogo son:

Temor

Según *Fragoso*, es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real. Los temores pueden ser objetivos, subjetivos y de naturaleza asociativa. Cuando el niño siente temor se debe determinar el grado del mismo y cuál es su causa. Nuestra responsabilidad es desechar esos temores. (4,5)

Ansiedad

Según *Fragoso*, la ansiedad es una reacción emocional elaborada por la personalidad, basada en el sentido y el significado, pudiendo interpretarse como una respuesta a situaciones que son peligrosas solo simbólicamente, ya que pueden suscitar ansiedad, porque significan peligro o amenaza, aunque en realidad no exista tal. Sin embargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas; una de estas situaciones es la visita al médico o al estomatólogo.

Bailey, en su artículo sobre ansiedad materna y ansiedad del niño, observó que los niños pequeños adquieren una mejor actitud cuando los padres han sido condicionados previamente para la visita con el estomatólogo. Por esto, la información previa y la comunicación con los padres son de vital importancia para lograr un marco más favorable en el manejo de la conducta infantil. (4, 5)

Resistencia

Es una manifestación de inseguridad o ansiedad en la que el niño se rebela, no queriendo enfrentarse al medio ambiente, teniendo un comportamiento negativo o conducta desorganizada (rabieta, tratar de provocar vómitos, etc.). (4, 5)

Regresión

Es la adaptación de una respuesta característica a una fase anterior del desarrollo, como es succionar el pulgar, mojar la cama, ejemplos de conductas regresivas en niños que han

suprimido tal conducta y tratan de volver a un estado de la infancia más satisfactorio y menos ansioso. (4, 5)

Retracción

Es otra manifestación y una de las defensas que más utilizan los niños de edad preescolar, rehusando participar en juegos y en cualquier actividad, huye de la situación o de alguna persona y no habla con extraños y ni siquiera con conocidos. Este tipo de paciente no tiene confianza del el estomatólogo, resultándole difícil comunicarse con él, llora por cualquier cosa con facilidad. . (4, 5)

Timidez

Es una reacción particularmente observada en pacientes que asisten por primera vez a una consulta estomatológica y que casi siempre están asociados a padres dominantes o protectores y con experiencia social muy limitada.

La labor del estomatólogo es hacer que el niño gane la confianza en sí mismo, así como también la tenga en él.

Wright ha propuesto tres categorías de comportamiento o clasificación de los mismos, de acuerdo al conjunto de reacciones emocionales que presentan ante el tratamiento dental.

Agrupándolos en:

- Conducta cooperativa: plantea que la gran mayoría de los mismos se corresponden con esta categoría.
- Conducta no cooperativa: agrupa a todos aquellos pacientes que no son capaces de comunicarse con el estomatólogo.
- Conducta potencialmente no cooperativa: esta categoría incluye a la mayoría de los niños que tienen problema de manejo de la conducta.

Otras de las reacciones que más comúnmente se producen en la visita del niño al estomatólogo es el llanto; siendo en sí una forma de comunicación, que si logramos aprender a interpretar podemos manejar más fácilmente la situación.

El llanto se ha clasificado de cuatro maneras: llanto miedoso, llanto obstinado, llanto de dolor, llanto compensatorio. (4, 5)

MODELOS DE PADRES Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA CONSULTA ESTOMATOLÓGICA

Como plantea *Finn*, si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tenemos que educar a los padres. El dentista que no lo haga no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

A continuación se expresa una síntesis de distintos comportamientos de padres que influyen en el desarrollo de la personalidad de sus hijos, tomados de *Finn*, que se destaca por su didáctica, objetividad práctica y vigencia. (23, 25,31)

Protección excesiva

Todo niño necesita amor y afecto; sin embargo el impulso protector de los padres por diferentes causas puede volverse excesivo e interferir en la educación formal del niño.

Esta protección excesiva puede manifestarse de dos formas: a) dominio extremo; b) indulgencia excesiva. (23, 25,31)

Los niños de padres dominantes son: tímidos, delicados, sumisos y temerosos; no son agresivos y carecen de presunción y empuje social; son humildes con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas; son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. "Rompiendo la barrera de timidez son buenos pacientes". (23, 25,31)

Los niños de padres indulgentes: son niños muy mimados y difíciles de manejar. Cualquier intento de disciplina del estomatólogo los padres lo interpretan como un acto de brutalidad. Exceso de mimos es característico de los abuelos, quienes habiendo educado una familia quieren experimentar el placer de ser amados por niños pequeños, sin tener la responsabilidad de educarles. (23, 25,31)

Rechazo

Existen varios grados de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales. Estos niños desarrollan carencia de estimación propia y sentimientos de incapacidad, que los llevan a ansiedades profundas. Son difíciles de manejar; se debe ser amigable y comprenderlos. Están necesitados de atención y bondad. Deberán recibir la atención deseada cuando se porten bien y no, cuando se porten mal. (23, 25,31)

Identidad

En ocasiones los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo quieren dar al niño todas las ventajas que le fueron negadas.

Venhan y Col, plantean que dentro de las opciones presentadas a los padres, en cuanto a la relación padres, estomatólogo, niño, las respuestas más satisfactorias en orden de frecuencia son:

- a) permitir la entrada de los padres a la consulta solamente en la primera cita;
- b) permitir la entrada en las citas subsecuentes sólo cuando el caso lo requiera o el estomatólogo lo determine.

Según *Jonson*, uno de los argumentos recomendados, para evitar la entrada de los padres a la consulta, es decirles que queremos dedicar nuestra atención al niño, que con ellos presentes se harán preguntas que afectarán la comunicación y la relación médico-paciente. (23, 25,31)

Técnicas de manejo y de modificación de la conducta

Una vez que se ha adquirido conocimiento de cómo se desarrollará el niño emocionalmente, cómo actúa y responde ante las exigencias de su medio, así como las influencias que ejercen los padres en su vida emocional y en la conformación de su personalidad, se está en condiciones de aplicar con más sabiduría todos aquellos procedimientos que permitan lograr la aceptación y cooperación por el niño del tratamiento estomatológico. (2, 26,28)

El método del no hacer

Como se sabe, *Finn* lo define como método no eficiente para el manejo del niño en la consulta estomatológica. Este plantea la no postergación de la cita por falta de cooperación del paciente, ya que el niño incorpora y aprende que con su resistencia al estomatólogo logra que no se le realice el tratamiento. Como plantea Martínez, es una conducta en función de su consecuencia. (2, 26,28)

El método del ridículo

No recomendado, ya que origina frustraciones y resentimientos en el niño.

Como plantea *Finn*, sobornar es admitir que usted no puede manejar la situación. (2, 26,28)

Y como métodos eficientes:

El método de la imitación social

Sustituido en la actualidad por la técnica de modelaje que se explicará más adelante.

El método de la readaptación

Experiencias anteriores desagradables. Comprende cuatro fases: a) conocer si el miedo del niño es subjetivo u objetivo y a que le teme; b) familiarizar al niño con el consultorio

Estomatológico; c) ganar la confianza del niño; d) proceder al tratamiento operatorio del niño. (2, 26,28)

El método de la comunicación multisensorial

Para lograr la comunicación verbal nos podemos valer de preguntas con respecto a su personalidad o medio ambiente, sin embargo la comunicación no sólo significa conversación, sino efectuar acciones como acariciarle la mejilla, el cabello, etc., que pueden conducir al niño a dar su aprobación y aceptación. (2, 26,28)

Guerra, en su artículo dirigido al tratamiento dental del niño menor de 3 años, establece que en la comunicación con el niño no solo deberá efectuarse a nivel oral, sino también a través de las actitudes y de sentimientos de aceptación y ternura hacia él. (2, 26,28)

Control de voz y visión directa

Gutiérrez reconoce que la mayoría de los niños obedecen la voz y órdenes del estomatólogo, pero a veces se debe ser más firme con unos que con otros, la voz puede ser controlada tan sólo cambiando el tono. (2, 26,28)

Hill, concluye que el estomatólogo debe lograr variar o modelar el tono de voz, de manera que sea capaz de proyectar una imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad y sinceridad, para lograr una mejor relación con el niño, de acuerdo a las características del mismo.

Método de mano sobre boca

Es una técnica que suscita controversia en cuanto a su aplicación. *Devis* y *Kina* la consideran drástica, pudiendo ocasionar trauma psicológico y resentimientos en el niño.

Según *Gordon*, los tipos de conducta desorganizadas sugieren emplear esta técnica en casos de histerias, berrinches, desafío o cualquier descontrol emocional importante.

Finn establece que debe utilizarse solamente como último recurso, después de haber agotado otros procedimientos.

Método de modelaje

Esta técnica tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente, logrando una reducción del miedo y ansiedad. (2, 26,28)

Método de diga muestre y haga

Esta técnica es extremadamente efectiva en el manejo de la conducta de los niños, para lograr acondicionarlo para recibir el tratamiento dental. Esta técnica consiste en decirle al niño qué se le va a hacer, mostrarle cómo se le va a hacer y hacerlo e írselo explicando.

Estudios basados en encuestas realizadas a 366 estomatólogos sobre la frecuencia de uso de 17 técnicas de manejo de la conducta, arrojan que esta técnica se encuentra entre las tres primeras de mayor aplicación, por la frecuencia con que se usa y su rapidez de efectividad. (2, 26,28)

Método de la desensibilización

Fragoso, afirma que la desensibilización es efectiva, porque el paciente es enseñado a sustituir una apropiada respuesta emocional (ansiedad) por una respuesta emocional adecuada (relajación). *Benjamín Gómez Herrera* informa sobre otros métodos de manejo como son. (2, 26,28)

Relación de dependencia afectivo-intelectual

Aplicable cuando no se ha logrado familiarizarse ni fortalecer la confianza con el niño, procediendo entonces al establecimiento de lazos psíquicos que unirán a dos individuos diferentes, uno fuerte (el estomatólogo) y otro débil (el niño). (2, 26,28)

Relajación muscular e hiperventilación

La efectividad de este método para controlar el miedo y el dolor ha facilitado la adaptación del niño para hacerle anestesia local sin ocultamiento de la aguja y sin engaños de ninguna índole ni artificios diversos. (2, 26,28)

Educación del valor

Una vez que el niño se ha familiarizado, adquirido confianza y sepa controlar su propio estado se le ayudará a educar su valor y a exaltarlo, exponiéndolo de una forma rápida a la justa valoración de las experiencias reales sin traumatizarlo, relacionándolo progresivamente con los elementos que le producen dolor y enseñándolo a distinguir sensaciones que pueden tomarse como dolor (presión, vibración, contacto, etc.).

CONCLUSIONES

El medio familiar constituye un factor de vital importancia que influye positiva o negativamente en el desarrollo psicológico del niño y en la conformación de su personalidad durante su desarrollo psicológico por edades, ya que todos los niños tienen necesidades emocionales básicas como son: amor, protección, autoridad, disciplina, libertad, apoyo y cariño, debiendo los padres satisfacer las mismas para lograr niños bien centrados, emocionalmente estables y socialmente aceptables.

Los hogares con conflictos repercuten en el menor, el cual sufrirá desajustes emocionales perdurables en la vida, por ello constituye un requisito indispensable estudiar y analizar la Historia de Salud Bucal Familiar, para lograr la adaptación del niño a la consulta estomatológica.

El conocimiento por parte del Estomatólogo General Integral de las diferentes técnicas de manejo y modificación de la conducta que se practican en la actualidad y que han sido descritas en éste tema, le aportarán al mismo elementos para enfrentarse a los problemas de salud de la infancia con mayor seguridad de poder lograr comunicación, aceptación y cooperación, liberándose del desconcierto de no saber qué hacer frente a un niño con conducta desorganizada ante el tratamiento estomatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pérez Navarro Norailys, González Martínez Cristina, Guedes Pinto Antonio Carlos, Saleté Nahás P. Correa María. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2011 Nov 17] ; 39(3): 302-327. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300003&lng=es
2. Robaina Suárez Gloria, Rodríguez Vania. Comportamiento del desarrollo sicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2000 Dic [citado 2011 Nov 17] ; 16(6): 540-544. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000600003&lng=es.
3. Guilarte Téllez Jorge Antonio. Evolución histórica del proceso de formación del psicólogo en la salud, con énfasis en la sistematización de los contenidos básicos de la profesión. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2011 Nov 17] ; 15(9): 1-12. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000900018&lng=es.
4. Noroño Morales Nilo Valentín, Cruz Segundo Regla, Cadalso Sorroche Rosario, Fernández Benítez Odalys. Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 2011 Nov 17] ; 74(2): 138-144. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312002000200007&lng=es.
5. Muñiz Ferrer Mario César, Jiménez García Yanayna, Ferrer Marrero Daisy, González Pérez Jorge, Rondón García Ileana. Sobre la percepción de la violencia intrafamiliar por los niños. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1996 Abr [citado 2011 Nov 17] ; 12(2): 126-131. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251996000200003&lng=es
6. Arencibia Pérez H, Ramos Molina D, Villar Pena M, Peñafuerte Pérez M. Discapacidad, deficiencia y rehabilitación. Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol I. 2001.p.195-201.
7. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Organización Mundial de la Salud. 2001

8. Bethell CD, Read D, Brockwood K. Using existing population-based data sets to measure the American Academy of Pediatrics definition of medical home for all children and children with special health care needs. *Pediatrics*. 2004; 113(5): 1529-37.
9. Murchland S, Wake-Dyster W. Resource allocation for community-based therapy. *Disabil Rehabil*. 2006; 28(22):1425-32.
10. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MN, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-age children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama* 2002; 288(6): 728-37.
11. Mikkola K, Ritari N, Tommiska V, Salokorpi T, Lehtonen L, Tammela O., et al.: Neurodevelopmental outcome at 5 years of age of a national cohort of extremely low birth weight infants who were born in 1996-1997. *Pediatrics*. 2005; 116(6): 1391-400.
12. Colver A; Study protocol: a multi-centre European study of the relationship of environment to participation and quality of life in children with cerebral palsy. *BMC Public Health*. 2006; 6-105.
13. Michelsen SI, Uldall P, Hansen T, Madsen M. Social integration of adults with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2006; 48(8):643-9.
14. Law M, King G, King S, Kertoy M, Hurley P, Rosenbaum P, et al. Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2006; 48(5):337-42.
15. Block, ME. A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education. 2 ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2000.
16. Shevell M, Ashwall S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Sub committee of the American Academy of neurology and the practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2003; 60(3):367-80.
17. American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities: Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001; 108: 192-6.
18. Resnik L, Jensen GM. Using clinical outcomes to explore the theory of expert practice in physical therapy. *Phys Ther*, 2003; 83(12):1090-106.

19. Wehmeyer M.L, Palmer S.B. Promoting the acquisition and development of self-determination in young children with disabilities. *Early Education and Development*. 2000. 11: 465-81.
20. Cans C, Surman G, McManus V, Coghlan D, Hensey O, Johnson A. Cerebral palsy registries. *Semin Pediatr Neurol*. 2004; 11(1): 18-23.
21. Uldall P, Michelsen SI, Topp M, Madsen M. The Danish Cerebral Palsy Registry. A registry on a specific impairment. *Dan Med Bull*. 2001; 48(3): 161-3.
22. Vostams P, Tischler V. Mental health problems and social support among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *Int J Soc Psychiatry* 2001;47(4):30-40.
23. Alonso Delis O. Algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio. *RNPS 2034 ISSN 1729519X*: 2004, Vol. 3 Nro9.
24. Martínez Gómez C. *Salud Familiar*. La Habana, Cuba: Editora Científico Técnica; 2001. p 124-125.
25. Frías Armenta M. Maltrato Infantil en población de niños mexicanos. 3ra. Conferencia Internacional de Psicología de la Salud 2000. En: Libro de Resúmenes. *Psicosalud*; La Habana (T-2), 2000. p. 244.
26. Giglio EM, Guedes Pinto AC. Principios de psicología e sua relação com a odontopediatria. In: Guedes-Pinto, AC. *Odontopediatria*. 5 ed. São Paulo: Santos; 1995.pp. 155-72.
27. Veerkamp JSJ, Gruythuyen RJM, Hoogstraten J, Van Amerongen WE. Anxiety reduction with nitrous oxide: a permanent solution? *ASDC. J Dent Child* 1995;62(1):44-8.
28. Goncalves SRM, Sagretti OMA, Borges AMC. Medo em odontopediatria; por que e do que as crianças tem medo no tratamento odontológico: técnicas de condicionamento através do toque sutil. *Rev Paul Odontol* 1993;15(6):35-40.
29. Tostes M, Gomes ANM, Correa MSNP. Separación materna durante o atendimento infantil. *Rev APCD* 1998;52(4):302-5.
30. Pérez Álvarez Luis, Sánchez Lameda Leonardo Eustaquio. Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey. *AMC [revista en la Internet]*. 2008 Abr [citado 2011 Nov 17]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200006&lng=es.

31. Cruz Segundo Regla, Noroño Morales Nilo Valentín, Fernández Benítez Odalys, Cadalso Sorroche Rosario. Intervención educativa para la disminución de la agresividad en la conducta infantil. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2002 Sep [citado 2011 Nov 17] ; 74(3): 189-194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000300001&lng=es.