



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 2

Junio de 2017

LA CONSTRUCCIÓN DEL INFANTE COMO SUJETO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Fernando Herrera Salas¹; Isela Lizbeth Arredondo Velázquez²; Karen Michelle Martínez Aguilar³; Tania Fabiola Hernández Hernández⁴; Liza Daniela Castro Ramírez⁵; Leslie Fernanda Aguilar Pérez⁶

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En el presente trabajo se tipifica la serie de *posiciones actitudinales* que el infante atraviesa en el proceso de su construcción como sujeto de la atención odontológica. Con este fin se tomó como referente el discurso infantil situado a través de la representación pictográfica, de modo que el simbolismo pleno que el dibujo infantil hace posible nos permita determinar la forma en que el infante se ubica en distintos momentos de la relación paciente-odontólogo. Esto permite al profesional realizar una doble tarea: ubicar en qué posición se encuentra inicialmente su paciente odontopediátrico y hacia dónde debe orientarlo para alcanzar la «adhesión» al tratamiento, como etapa superior de autorregulación y fundamento de toda estrategia preventiva de la salud oral. La relación a las afecciones del infante por parte del profesional de la salud comporta siempre una dimensión ética, y nuestro problema en el campo de salud odontológica implica, no simplemente “controlarlo” para que se someta a nuestra autoridad, sino comprenderlo más plenamente para propiciar niveles de autonomía en su relación al tratamiento y cuidado bucal de modo que, a mediano plazo, se inscriba en la atención de la salud odontológica de manera activa y preventiva, por convicción y de forma auto-regulada.

Palabras clave: atención odontopediátrica, representación pictográfica, posición actitudinal, adhesión al tratamiento.

¹ Profesor Asociado. Carrera de Psicología. FESI-UNAM. fherrerass@campus.iztacala.unam.mx

² Profesora de Asignatura. Carrera de Odontología. FESI-UNAM isearrvel_2908@hotmail.com

³ Pasante. Carrera de Psicología. FESI-UNAM. karemiche@gmail.com

⁴ Estudiante de 7° semestre. FESI-UNAM. taniaahdz2@gmail.com

⁵ Pasante. Carrera de Psicología. FESI-UNAM castroramirezdaniela@gmail.com

⁶ Estudiante de 7° semestre. FESI-UNAM. eslieaguilarprz@gmail.com

CONSTRUCTION OF INFANT AS THE SUBJECT OF THE DENTAL CARE

ABSTRACT

In this paper the series of attitudinal positions the infant goes through in the process of its construction as a subject of dental care is typified. To this end, childish speech was taken as a reference the located across the pictographic representation so that full symbolism that child drawing makes it possible to allow us to determine how the infant is place at different times of the relationship dentist-patient. This allows the practitioner to perform a double task: locate what his position is initially oral-pediatric patient and where to direct it to reach the "adhesion" to the treatment, as the highest stage of self-regulation and foundation of all preventive oral health strategy. The relation to the affections of the infant by the health professional always involves an ethical dimension, and our problem in the field of dental health involves not simply "control" to be submitted to our authority, but to understand more fully to propitiate levels of autonomy in relation to treatment and oral care so that, in the medium term, enroll in the dental health care active and preventive manner, by conviction and self-regulated manner.

Keywords: pediatric dentistry care, pictographic representation, attitudinal position, adherence to treatment

La atención odontológica del infante no resulta fácilmente asequible, ni para odontólogos de práctica general ni para los propios odontopediatras, dado el tipo de resistencias que generalmente opone todo infante a cualquier tipo de intervención terapéutica. Podemos notar que el grueso de la literatura orientada a la atención odontopediátrica se caracteriza por establecer una serie de técnicas para el control del comportamiento del infante ya sea de corte tradicional o de base conductual (Medina, 1998), determinar adecuaciones técnicas del proceso de atención del infante bajo criterios epidemiológicos y preventivos (MINSAL, 2009), o bien, la definición del tipo de atención clínica requerida por un infante, v. gr. de corte "agradable" (Furman, 2004), entre otros factores considerados. No obstante, creemos nosotros que persiste el olvido de una dimensión que resulta esencial para la definición de una clínica odontológica orientada hacia el infante, a saber: el punto de vista del propio infante con relación a la atención odontológica. Es decir, preguntarse por el cómo se sitúa el infante mismo al centro de la relación odontológica, el modo en que erige al odontólogo como "personaje conceptual"; en qué se fundan sus temores o miedos a la intervención odontológica; el valor que le

atribuye a la atención misma y el concepto de salud oral que pone en juego, entre otras cuestiones. Esto se ubica al mismo tiempo como dimensión ética y didascálica de la clínica odontopediátrica, en la medida en que implica el modo en que el infante es construido y se construye él mismo como sujeto de la atención odontológica.

En el presente trabajo se pretenden tipificar la serie de posiciones actitudinales que el infante atraviesa en este proceso de su construcción como paciente odontopediátrico. Para alcanzar tal propósito, se toma como referente el discurso infantil situado a través de la representación pictográfica, de modo que el simbolismo pleno que el dibujo infantil hace posible nos permita determinar el modo en que el infante se ubica en distintos momentos dentro de la relación paciente-odontólogo, y lo cual objetivará una serie de escenarios que permiten al profesional una doble tarea: ubicar en qué posición se encuentra inicialmente su paciente odontopediátrico y determinar hacia dónde debe guiarlo para alcanzar la «adhesión» al tratamiento, propiciando una inclinación a la prevención, como etapa superior de autorregulación.

Sabemos desde los trabajos de Kolberg (1981), acerca del desarrollo de la moralidad, que inicialmente el infante se desenvuelve heterónomamente, es decir, adoptando los criterios del adulto como base de sus valoraciones o la regulación de su actividad, y sólo gradualmente va emplazando sus propios criterios como base de su actuación. Pero es claro que, incluso en las etapas iniciales, su obediencia siempre ocurre bajo ciertos límites y su resistencia al adulto resulta muy activa y puede implicar distintas actitudes, que se expresan a través del llanto, el berrinche, la negación, la apatía, la evitación, la queja, la agresión, la huida, etc.

La valoración de las emociones y comprensión de las reacciones del infante relativas a nuestra intervención clínica, comporta una dimensión ética, donde nuestro problema en el campo de salud odontológica implica, no simplemente cómo podemos “controlarlo” para que se someta a nuestra autoridad de adulto, sino cómo podemos comprenderlo más plenamente para propiciar nuevos niveles

de autonomía en su relación al tratamiento y cuidado bucal, de modo que se inscriba en la atención de la salud odontológica de manera activa y preventiva, por convicción y de forma autoregulada.

LA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA Y EL MANEJO COMPORTAMENTAL DEL INFANTE.

Como veníamos advirtiéndolo, se ha teorizado la relación del niño a la atención odontológica en términos de la pura adaptación, concebida ésta como la habilidad de amoldarse a cambios y/o situaciones. En la práctica clínica se considera necesario “adaptar” al niño a la consulta, teniéndose generalmente claro que ello implica la colaboración del paciente desde una actitud positiva hacia el tratamiento, pero un más detenido examen de las técnicas tradicionales y las de base conductual revela justamente que lo que se escamotea es esa dimensión volitiva del paciente limitándose al puro control de su conducta, su ansiedad o miedo de manera heterónoma, es decir, sometiéndolo por medio de recursos externos al propio sujeto. Entre tales técnicas tradicionales se cuentan: la “mano sobre la boca”, “restricción/inmovilización física” y “farmacológica”; mientras que las de base conductual pueden ser inventariadas como sigue: desensibilización sistemática, moldeamiento, reforzamiento diferencial, castigo positivo o negativo, extinción graduada, “inundación”, entre otras, (Figueroa, 1996; Josefa y Medina, 1998). Lo que trataremos de argumentar en el presente trabajo, es que la relación terapéutica no puede ser reducida a un mero control técnico del paciente, sino que implica todo un análisis de la dinámica del vínculo paciente-odontólogo, del rapport y empatía manejados por el odontólogo, la posición actitudinal en que se juegue el infante y el contexto social de soporte.

Más allá de las técnicas de control, también se han indicado diversos factores que pueden ser determinantes en la consulta odontopediátrica y han sido sometidos a prescripción del modo siguiente: a) el *ambiente odontológico*: del que se dice, debe ser agradable y cálido para que el niño se sienta seguro y disminuya su ansiedad hacia personas, instrumentos y procedimientos para él desconocidos; b) el *odontólogo y personal auxiliar*: los cuales deben comportarse de manera

tolerante, amable, empática y tener los conocimientos suficientes para dirigir el comportamiento del niño de manera asertiva; c) los *padres de los niños*: ya que se considera que el “estilo de crianza” afecta la conducta del niño en situaciones nuevas, y donde tal “estilo” se ha podido categorizar como: “sobreprotección, sobre indulgencia, indiferencia afectiva, rechazo, y autoritarismo”, (Bordoni, Escobar, & Castillo, 2010; Figueroa, 1996; Quintana, 2009), y d) los *intereses del infante*: considerándose que a los tres años comienza la etapa del “personalismo” infantil (Wallon, 1985), se recomienda hacer una exploración sobre las preferencias, creencias y actividades que el niño realiza cotidianamente.

Otro aspecto considerado en la literatura odontopediátrica y el cual resulta de vital importancia para los fines del presente estudio, se refiere a la *tipificación de las actitudes del paciente* durante la consulta odontológica. Para abordar este aspecto, expondremos nuestra propuesta de *tipología actitudinal*, debiéndose aclarar que para su estructuración tomamos como base la propuesta de Medina (1998) y de Quintana (2009), pero optamos por ampliarla de manera importante —ya que estos autores hacen referencia únicamente a las manifestaciones negativas del paciente— para considerar dentro de esta tipología alternativa, aquellas actitudes de carácter positivo que se constituyan en una pauta para el trabajo de orientación y guía del odontólogo, al favorecer la inclusión de la persona del infante al centro del tratamiento. Desde ésta lógica, se buscará llegar a través del proceso global de intervención o plan de tratamiento odontológico de mediano o largo plazo, a la construcción de un *paciente adherido*, que tenga interés propio por su salud actual, inclinación a la prevención y el seguimiento autoregulado del tratamiento dental. Cabe también advertir que en ese sentido, la tipología que aquí proponemos puede no resultar exclusiva del paciente odontopediátrico y su validez descriptiva se extienda a todas las edades, sin embargo, esto ocurre en la medida en que lo que se está determinando son posicionamientos actitudinales y no rasgos de carácter.

TABLA 1: TIPOLOGÍA ACTITUDINAL DEL PACIENTE ANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

TIPO	DEFINICIÓN
Adherido	Paciente que tiene la motivación para iniciar, concluir el tratamiento y anticipar otros padecimientos o secuelas. Muestra un aprecio por el estado pleno de salud de su persona y se inscribe en la atención de la salud odontológica de manera activa y preventiva, por convicción y de forma autoregulada. Durante la consulta presenta confianza en la experticia del odontólogo, tranquilidad y disposición hacia los procedimientos particulares, en la medida en que otorga su consentimiento informado.
Cooperador	Paciente que acepta el tratamiento y se adapta a los procedimientos, sin mostrar actitudes que dificulten o impidan la intervención del odontólogo, pero no emprende una vigilancia activa sobre su salud bucal ni desarrolla un concepto más amplio de la misma, inclinándose antes a un tratamiento puramente remedial que a una estrategia preventiva.
Cooperador tenso	Paciente que accede al tratamiento y se adapta a los procedimientos, pero muestra actitudes de inconformidad durante la intervención (contracciones corporales, gesticulaciones de dolor, acciones reflejas enfáticas o verbalizaciones) que dificultan el desempeño del odontólogo. Considera toda atención un mal necesario y se muestra inmediatista o desprevenido ante los problemas de salud en general.
Demorador	Paciente que accede a los procedimientos pero trata de evitarlos mediante el llanto, sollozos o solicitud de aplazamiento, dificultando y retrasando la intervención. Generalmente es empujado por otros para concretar la atención, posee un concepto pobre de la salud dental y posterga la atención hasta llegar a un agravamiento innecesario del cuadro sintomático.
Desafiante	Paciente que se opone e impide el tratamiento, mostrando constantemente su inconformidad, descontento y negativa para cooperar. Posee un concepto poco elaborado o desfavorable de la atención odontológica fundado en objeciones de todo tipo: el dolor infringido, los costos, la persona del odontólogo, etc.
Agresivo	Paciente que se opone rotundamente al tratamiento expresándolo por medio agresiones físicas (en el caso del infante incluye puntapiés, mordidas, manotazos, etc.) o verbales. Suele tener un pobre o nulo concepto de la importancia de la salud odontológica, poseer una baja autoestima o pertenecer a un modelo familiar excesivamente permisivo.

En su base conceptual nuestra tipología responde a una serie de criterios que podemos explicitar como sigue: a) implica una jerarquía, en donde cada uno de los tipos o taxones describe grados diferentes que van de lo negativo a lo positivo, siendo la posición ideal o meta al final de la secuencia el *paciente adherido*; b) no se trata de una secuencia rígida, debido a que no se puede saber de antemano el punto de arranque en un tratamiento, ni prever las oscilaciones ocasionales o definir las tendencias perfiladas en el corto tiempo, –el niño puede llegar con una actitud completamente negativa o incluso positiva y cambiarla repentinamente en la misma sesión, sin que ello implique que ha prosperado o que ha desandado su

previa edificación ética, c) se puede hablar de una *construcción sistemática de la posición actitudinal* del infante relativa a su propia salud, la cual pueda tener un punto de inicio bajo o negativo e irse acrecentando o madurando durante el despliegue de los planes de tratamiento dental específicos, y con base a la actuación del profesional de la salud.

LA RELACIÓN DEL INFANTE AL DOLOR Y LA IMPLICACIÓN ÉTICA DEL ODONTÓLOGO.

El dolor es un término que procede del latín *doloris* relativo al verbo *dolere* (sufrir) y se relaciona en su origen al verbo *dolare* (devastar), que en general refiere una sensación desagradable o molesta, aflictiva y por lo general deplorable fisiológica o emocionalmente. Puede implicar ambas, tanto una experiencia perceptual y objetiva (el dolor físico) o emocional y subjetiva (el dolor anímico). En el caso del infante, los límites entre una y otra dimensión parecen poco claros particularmente en el contexto de la intervención odontológica, generándose una compleja trabazón entre el dolor, el sufrimiento, la angustia y el miedo. La custodia de la salud bucal del infante cobra entonces un estatus peculiar en la medida en que circundada por esta relación al dolor y ocurre en un contexto en que sólo tardíamente se le valora como un bien en sí. Esta situación, obedece a causas emplazadas en las creencias y prácticas del cuidado de la salud bucal de la mayoría de la población, para quienes la atención odontológica está condicionada por los factores siguientes: a) se le considera un gasto suntuoso y a veces innecesario, atendándose otras prioridades antes que la atención a la salud bucal; b) existe una considerable ignorancia acerca de la importancia de la *dentición primaria*, así como de las repercusiones de su cuidado inadecuado en la salud integral de un niño; c) las prácticas de salud bucal generalmente son restauradoras o remediales antes que preventivas, lo que ocasiona que los niños acudan al consultorio dental ordinariamente por urgencia o demandando un tratamiento restaurador, siendo los motivos de consulta más frecuentes: caries, traumatismos dentarios, enfermedad periodontal, trastornos eruptivos, alteraciones del espacio y del desarrollo dental, así como maloclusiones, (García, 2008); d) los hábitos de higiene dental tanto transmitidos por la familia, como los que el infante escenifica, generalmente no cubren los estándares de calidad, lo cual implica todo un problema de educación para la salud y la inexistencia de una cultura de la salud bucal.

De acuerdo con el Perfil Epidemiológico de la Salud Bucal en México (2010), formulado con base en la evaluación de una extensa muestra poblacional en el país, encontramos que:

“(…) En el total de niños y adolescentes de 2 a 10 años el índice cpod promedio fue de 3.6, de los cuales 3.1 fueron cariados, 0.1 perdidos y 0.4 obturados. El número promedio de dientes cariados (cd) fue el mayor componente, representando más del 82 % del índice total para todos los grupos de edad. En el total de niños y adolescentes de 6 a 19 años el índice CPOD promedio fue de 3.8. (...) Las cifras muestran un incremento en la experiencia de caries dental con la edad, encontrándose el más alto a los 19 años con un promedio de 7.3 dientes. En general, al igual que en la dentición primaria, el número promedio de dientes cariados (CD) fue el mayor componente, representando más del 75 % del índice total...” (págs. 42-43)

Desde la literatura relativa a este particular, se hace notar que la enfermedad periodontal ocupa un lugar importante, y se presenta en el niño principalmente como gingivitis vinculada a placa, seguida de periodontitis crónica, la asociada a padecimientos sistémicos, la necrotizante y la periodontitis agresiva. En particular, la gingivitis en niños se ha reportado en un 25% hasta el 99%, mostrando un incremento conforme aumenta la edad (Juárez-López, 2005).

Considerado este panorama epidemiológico, podemos estimar que el niño suele acudir al consultorio dental bajo la presencia de dolor –ya sea por lesiones infecciosas, traumáticas, autoinmunes, o de tipo carencial o hidrodinámica– y éste resulta usualmente infravalorado, mal diagnosticado y pocas veces tratado, (Breña, 2009; Amez-Atapoma y Díaz-Pizán, 2010), debido a un desconocimiento de la especificidad del dolor infantil, el temor a los efectos secundarios de los tratamientos paliativos o analgésicos, así como a las dificultades para la correcta evaluación del dolor en especial del niño preverbal.

Debemos también considerar, que el infante suele relacionar la consulta odontológica al dolor, y éste se expresa o manifiesta intrincándose con diferentes factores: genéticos, socio-culturales, contextuales y emocionales que lo determinan. Es decir, un manejo eficiente del dolor implica ponderar los umbrales según el género y la edad; las expresiones ante el dolor desde componentes motores, gestuales o verbales; la censura diferencial a la expresión del dolor según patrones culturales, y el no desestimar el dolor como dato clínico de daño o lesión. De aquí la importancia de considerar todo tipo de medidas o recursos que

previenen una percepción negativa en el infante de la atención a su salud dental (Amez-Atapoma y Díaz-Pizán, 2010; Argueta, et al, 2015), por lo que Josefa y Medina (1998) recomiendan que “la primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible”.

Desde ese lugar, se ha señalado que la confianza depositada en el odontólogo por parte del niño y su familia es fundamental para la apertura y seguimiento de todo el proceso. Una adecuada relación entre el odontólogo y el niño se basa en la comunicación, es decir, una dinámica de negociación y escucha, tal que le permita al odontólogo una inscripción equilibrada de los valores de autonomía y la beneficencia, pues si bien es cierto que el odontólogo sabe lo que es conveniente a la salud del infante, éste último debe acceder a ello convencido de su validez, pertinencia y bondad.

Encontramos también que, el acceso a la confianza del infante se encuentra mediado por los padres, a través de los cuales el odontólogo obtendrá información precisa sobre el niño y su contribución para concretar el tratamiento (Fernández, et al, 2011). Adicionalmente, para Ávila (2004), la consideración de la sensibilidad infantil es necesaria en el contexto odontopediátrico, donde las acciones manuales requieren afinarse, suavizarse y humanizarse, pues en caso contrario causará daño, dolor y sufrimiento. Si los procedimientos ensayados resultan traumáticos para el infante, el odontólogo debe ayudarlo a sobreponerse y a comprender la necesidad de realizar el tratamiento, de modo que se restablezca la confianza y disminuya el temor a intervenciones posteriores (Maquera, 2012).

A partir de lo anterior, se debe considerar que una dimensión ética importante de la terapéutica odontológica implica la comprensión y conducción suficiente de las emociones, afectos y estados de ánimo que se derivan o relacionan a toda intervención clínica del odontólogo. En este sentido, el manejo del dolor debe concebirse como: a) personalizado, implicando la evaluación de la causa, severidad y cronicidad, así como de su impacto en el estado emocional del paciente; b) ponderar los métodos idóneos ya sean farmacológicos o no-farmacológicos; y c) considerar que la inadecuada conducción del tratamiento

tendrá repercusiones en la morbilidad postoperatoria en función del incremento en el empleo de recursos, el establecimiento de un dolor crónico, y que “a largo plazo trae consecuencias psicológicas, como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño y del comportamiento” (Eberhard & Mora 2004)

LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA CULTURA DE LA SALUD ODONTOLÓGICA.

La percepción y valoración de la salud bucal es mediada por la cultura, por lo que el estatus en que tal percepción se encuentra resulta un reflejo del desarrollo social, y particularmente de la condición cultural del grupo de referencia al que pertenece el individuo en su rol de paciente odontológico. De manera análoga, podemos notar que el estado de salud poblacional puede servir para evaluar la eficacia de los sistemas de salud y la eficacia de la política de Estado en este rubro. El odontólogo no debe soslayar la importancia de una intervención comunitaria con miras a una educación para la salud de largo alcance, ya que una población se encuentra en condiciones de enfrentar la problemática en salud y fomentar la prevención, si se tiene una cultura sanitaria que permita practicar el autocuidado y la autorresponsabilidad en sus individuos.

La población en general, las instituciones públicas y las organizaciones comunitarias son determinantes para la promoción de la salud, pues favorecen la adopción de estilos de vida saludables, con una autorresponsabilidad progresiva y exigen la puesta en práctica por los profesionales de la salud de medidas preventivas y de protección, encaminadas a fomentar la salud a lo largo de la vida.

Los aspectos que se deben atender para lograr una campaña realista de educación para la salud odontológica en la población, como apunta Lugo, et. al., (2013), resultan:

1. Conocimiento y práctica que posee la población sobre la higiene bucal.
2. Modificación de los hábitos dietéticos arraigados en la cultura alimentaria.
3. Enfrentamiento al estrés para evitar afecciones bucales.
4. Actitud responsable ante la medicación.
5. Práctica sistemática del auto-examen bucal como elemento del diagnóstico presuntivo.

La alfabetización sanitaria es una actitud consistente en la capacidad de adoptar decisiones sobre la propia salud con conocimiento de causa y con la debida comprensión de todas las cuestiones conexas, así como la capacidad de actuar de acuerdo con esas decisiones, (Vázquez, 2003, en Lugo, et al. 2013,). Para Rodríguez y Delgado (1996), se deben considerar cuatro variables principales al evaluar la salud o enfermedad a nivel social o individual: a) biología humana: genética, el envejecimiento, etc., b) medio ambiente: contaminación física biológica, psicosocial y sociocultural, c) estilo de vida: hábitos de salud, y d) sistema de asistencia sanitaria.

Conservar la salud adquiere el estatuto de un bien en sentido ético, más allá de sus determinantes económicas o políticas. Una función profesional esencial para el odontólogo es la prevención, y en el ámbito odontopediátrico tiene lugar mediante la capacitación tanto del infante como de los padres. Lo que es más, el infante se verá influenciado principalmente por sus padres, por lo cual el nivel de prevención que el niño mantenga en buena medida dependerá de ellos. Esto se encuentra relacionado al estilo parental que hayan desarrollado, y la prevención que ellos desplieguen consigo mismos.

De acuerdo a Repetur y Quezada (2005), la relación que el niño establece con la madre es crucial en su desarrollo, siendo que dicha relación puede favorecer o entorpecer la intervención odontológica, ya que la madre es responsable de proporcionar seguridad al niño, incluso desde el vientre, por lo cual los temores de la madre tienen una relación directa con el infante. De manera análoga, el temor de que el servicio odontológico le cause un daño a su hijo le será transmitido al niño; por lo que muchas veces estas creencias y hábitos equivocados pueden ser perjudiciales para el desarrollo infantil (Martínez, Peña y García, 2011).

Al niño se le atribuye la posición última en la jerarquía de poder en nuestras sociedades, lo cual está determinado por su falta de experiencia, la percepción de su toma de decisiones incierta, su dependencia económica y su constitución emocional. De ese modo, las visitas al odontólogo regularmente no dependen de él, por lo que la relación diádica entre el *odontólogo-paciente*, se convierte en una

relación triádica: *odontólogo-padre/tutor-paciente*, de lo que se infiere que, el profesional deberá tener una relación activa tanto con el infante como con los padres.

Debemos juzgar necesario que los niños participen progresivamente en decisiones que involucren aspectos de su salud: a) proporcionándoles información y alguna opción apropiada sobre el tratamiento a recibir; en términos entendibles y de acuerdo a su edad, b) formando un lazo más estrecho entre odontólogo y paciente, ya que la convivencia entre ellos fomentaría el gusto por ir a la consulta, garantizaría una imagen positiva y se favorecería que el niño no lo viva como un sometimiento, sino como participante del consentimiento informado.

Si precisamos el papel del odontólogo en la construcción del sujeto de la atención odontológica, encontramos que tal proceso enfrenta diversos factores como la asociación al dolor, las experiencias negativas previas, la falta de recursos para solventar el servicio, los estereotipos acerca de la consulta odontológica, ocupando un lugar especial la imagen del odontólogo como movilizadora de la disponibilidad o reserva del paciente, especialmente el odontopediátrico. De manera adicional, al referirse a la prevención primaria, se menciona que la responsabilidad recae en el paciente, y en el caso del infante sobre sus padres, sin embargo no se ha puesto en perspectiva el vínculo del odontólogo con el paciente; donde resulte importante para el odontólogo tener un verdadero compromiso con el paciente para facilitar su proceso de adhesión al tratamiento.

El odontólogo, es el encargado de romper con los temores y prejuicios, a través de las actitudes que demuestre en su intervención, las cuales pueden entorpecer o facilitar el proceso de la consulta; así como la percepción que se pueda tener sobre una intervención futura. Desarrollar una imagen positiva puede garantizar un sostenido impulso en el paciente para el mantenimiento de su salud bucal, ayuda a que la construcción del niño como paciente se lleve de manera tal, que comprenda una adherencia a los cuidados odontológicos y de esta manera se logre una prevención eficaz.

LA IMPORTANCIA DE LA REPRESENTACIÓN PICTOGRÁFICA DEL MUNDO INFANTIL Y SU SIGNIFICADO EN LA CONSTRUCCIÓN DE VALORES.

Que el niño pueda ser considerado como un sujeto autónomo pasa no sólo por la consideración de su edad, sino también por el conocimiento y aceptación de sus intereses, necesidades y deseos, por los profesionales de la salud. Darle la palabra al infante para considerar su punto de vista es un *acto ético* que hace posible su construcción como paciente odontológico y lo inscribe de manera activa en una cultura de la salud y la prevención, y a su vez, darle la palabra como *acto lingüístico*, implica promover todos sus recursos de expresión semiótica posibles o a su alcance. En este estudio abrimos esa posibilidad de expresión al infante, de modo que haga explícito su posicionamiento actitudinal ante la consulta odontológica, pero también haga patente su pertenencia a un cierto grado o estadio de desarrollo cultural en salud odontológica determinado por su entorno social.

Privilegiamos entonces la representación pictográfica, como recurso para evaluar el concepto de salud bucal desarrollado por el infante y explicitar la valoración de sus experiencias ante la atención odontológica. Desde un marco constructivista se ha precisado, que la representación pictográfica del infante se inscribe en el contexto de la emergencia de toda una «función semiótica» y, por tanto, aparece al lado del “juego simbólico”, la “imagen mental”, la “imitación diferida” y el “lenguaje”. Dicha función semiótica se explica por la capacidad general para la “representación de una cosa a través de otra”, lo cual supone la puesta en escena de un significante y un significado, o dicho de otro modo, de un contenido que se quiere expresar y un medio para su representación.

De manera adicional, se ha puesto de relieve que esta función semiótica se encuentra articulada a la «inteligencia intuitiva», como escenario del primado de los sentidos, en donde siempre existe una tensión dinámica para el infante, entre «*lo que ve*» y «*lo que sabe*», lo que se le presenta y lo que se representa. Debemos por tanto considerar que los objetos con los que el infante se relaciona en el mundo no son algo dado desde un inicio a la pura percepción, sino que

serán contruidos en la medida en que él les aplica determinados esquemas motores, instrumenta su representación intuitiva o llega a un nivel operatorio formal.

Pero más allá de estas determinaciones, nosotros podemos situar una serie de premisas para entender los límites de la representación pictográfica y sus alcances para la comprensión del devenir del sujeto individual:

- En la representación pictográfica infantil además del desfase entre “*lo que ve*” y “*lo que sabe*”, también existe un desfase entre «lo representado» y la «representatividad de la representación» o, dicho de otra forma: lo representado por el dibujo rebaza al propio infante en sus intenciones representativas: siempre existe algo más en el dibujo como «plus de sentido» que es movilizado por el sujeto fuera de su cálculo intencional.
- Lo representado por el dibujo infantil articula conceptos y sentimientos, vivencias y fantasías, “teorías infantiles” y preferencias temáticas, deseos insatisfechos, temores y angustias. El dibujo no cesa de tener un papel en la liquidación de lo traumático y la compensación frente a las prohibiciones o limitaciones que el mundo le impone al infante.
- El dibujo inscribe para el infante una comprensión incipiente del ser previa a la palabra, pudiéramos decir que es su primera matriz ontológica y epistemológica de carácter general, pues en ese escenario de la representación pictográfica inscribe objetos, los anima, los comprende en la medida en que se los acerca como representados, y les aproxima modos de fijarlos, transformarlos o incluso desaparecerlos o destruirlos.
- El dibujo entonces permite la inscripción de las pasiones del infante para asimilar lo que acontece, y diríamos –cerca de Spinoza– a través del dibujo el infante es capaz de “reír, deplorar y detestar”, frente a las cosas del mundo que habita y generar lúdicamente un mundo posible.
- El dibujo instala un juego en el orden de lo imaginario y lo simbólico para acercarse lo real. De ese modo la realidad se encuentra mediada por un marco fantasmático que el dibujo prefigura, esboza, articula, y moviliza.

- La expresión de significados sociales, estereotipos, significantes individuales, juegos identificatorios, recuerdos y locuciones hacen del dibujo infantil un conjunto cifrado que requiere interpretación.

Para los propósitos del presente trabajo es importante contar con estas distinciones, en la medida en que se recupera el dibujo infantil como el escenario de conceptualización y valoración del rol social del odontólogo como agente de la salud bucal. El modo en que el infante construye cognitivamente y afectivamente al odontólogo determina en buena medida su relación al mismo, su interés por acercarse al cuidado de la salud oral que el odontólogo promueve, su grado de cooperación en la sesión terapéutica ya preventiva o rehabilitadora, el grado de identificación y empatía con el odontólogo, así como la superación de los miedos o la angustia que moviliza la intervención odontológica para querer mantener una continuidad o no en el tratamiento.

Si ahora nos preguntamos acerca del valor o significado que pueda tener para el odontólogo saber cómo es representado por el infante o en qué sentido lo valora, podemos responder a ello delimitando tres aspectos:

- a) Toda aproximación terapéutica, así como la instalación de la serie de prácticas de salud bucal de corte preventivo en el ámbito odontopediátrico implica un conocimiento del imaginario infantil.
- b) El empleo de técnicas de control, sometimiento o sedación del infante durante la intervención pueden generar resistencias activas, temores, apatía o desánimo y en general afecciones que resultan también una responsabilidad terapéutica del odontólogo, pues son causadas en el escenario de su intervención.
- c) Conocer el grado de empatía, antipatía, identificación o filiación es importante para el profesional en la medida en que lo instituido de la relación puede ser modificado, es decir, el odontólogo debe estar claro de su participación en la conformación de la personalidad infantil en general y de su condición de paciente en particular.

Método

Participaron un total de 64 niños integrados en una muestra no intencional, dentro de un rango de edad de los 6 a los 12 años, los cuales estaban distribuidos según su grado escolar del modo siguiente: 3 niños en primer grado (6 años), 10 niños de segundo grado (6 y 7 años), en tercer grado 7 niños (7 y 8 años), en cuarto grado 16 niños (8 a 10 años), de quinto grado 10 niños (9 y 10 años); y de sexto grado, 18 niños (10 y 12 años).

Se diseñó un instrumento de evaluación del dibujo infantil conformado por un total de cuatro ítems, que sitúan la experiencia o vivencia en la consulta odontológica del infante. En la Tabla 2, se exponen los ítems en cuestión y el alcance diagnóstico de los mismos.

TABLA 2. Instrumento de evaluación del dibujo infantil *ad hoc* de experiencias en la atención odontológica.

	ÍTEM	DESCRIPCIÓN
ÍTEM 1	<i>Dibuja a tu dentista</i>	Pretende captar la expresión emocional, imagen y rol que proyecta el odontólogo como elementos de <i>rapport</i> , según la percepción del infante.
ÍTEM 2	<i>Dibuja los instrumentos, equipo y material que utiliza el dentista</i>	Permite determinar la utilización de instrumentos, equipo o materiales característicos de la profesión odontológica y define cuáles de ellos poseen una mayor carga simbólica para el infante.
ÍTEM 3	<i>Dibuja a un niño que está siendo atendido por el dentista</i>	Hace posible la identificación del modo en que el infante se representa a sí mismo como paciente en el contexto de la atención odontológica: v. gr. adherido, cooperador, cooperador tenso, demorador, desafiante y agresivo.
ÍTEM 4	<i>Dibuja a un niño saliendo de la consulta dental</i>	Le permite al niño calificar su experiencia en la consulta odontológica: agradable, desagradable, positiva, negativa, dolorosa o no.

El instrumento se administró de manera grupal en el aula correspondiente a cada grado escolar (de segundo hasta sexto grado de primaria), dentro del turno matutino, en una escuela particular del Estado de México. Para la realización de los dibujos correspondientes a los distintos ítems, se les proporcionó 4 hojas blancas tamaño carta a cada participante, bajo la instrucción de realizar un dibujo según lo prescribía el enunciado en cada ítem del instrumento diseñado, ellos

podían utilizar lápices de colores, lápiz de grafito o pluma fuente según su preferencia. La aplicación del instrumento se realizó en una sola sesión y tuvo una duración aproximada de 40 minutos. Adicionalmente, se elaboró una ficha de identificación con el nombre, edad y la frecuencia con que asistían a la consulta odontológica cada uno de los infantes participantes.

Para la interpretación del dibujo se obviaron distintos criterios usuales en la evaluación del desarrollo psicográfico infantil, tanto los del nivel psicomotor o cognitivo, en virtud de que no se trataba de una evaluación del grado de desarrollo, por lo que el trabajo con los infantes de ninguna manera se orientó a determinar déficits psicomotores o trastornos cognitivos o psicoafectivos generales. Desde ese lugar, la estrategia para la evaluación del dibujo correspondiente a la secuencia de cuatro ítems implicó la determinación de una serie de categorías, como muestra la Tabla 3.

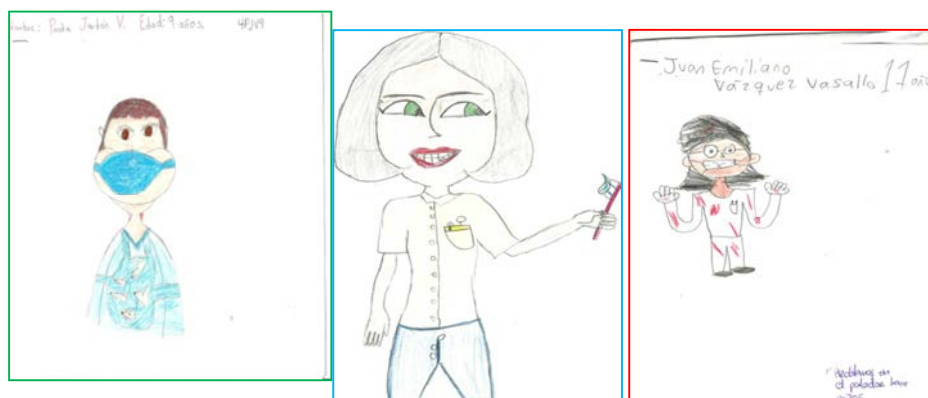
TABLA 3. Categorías de análisis del dibujo correspondiente al contenido potencial de los ítems de evaluación del dibujo infantil

ÍTEMS	CATEGORÍAS
Ítem 1: <i>Dibuja a tu dentista</i>	Descripción del odontólogo: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Género</i>: Éste se deduce a partir de algunos estereotipos detectados en el dibujo como distintivos de uno u otro género (uso de aretes, largo de cabello, pestañas, vestimenta, zapatos, etc.) ○ <i>Expresión emocional</i>: se infirió a partir de la forma de la boca (sonriente, triste, enojada, indiferente, sorprendida), la forma de los ojos y la forma de la ceja, así como la posición corporal en general. ○ <i>Aspecto Físico</i>: se tomó en cuenta el tamaño y la complexión como aspectos de la figura humana, que permitía distinguir infantes del adulto. ○ <i>Atuendo</i>: Se tomó en cuenta la manera en que el niño viste al odontólogo como profesional de la salud (filipina, bata, pijama quirúrgica, así como otros accesorios: cubre boca, estetoscopio, etc.)
Ítem 2: <i>Dibuja los instrumentos o equipo que utiliza el dentista</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Instrumentos</i>: Qué instrumentos del uso de la intervención odontológica son más representativos para el niño durante la consulta, evaluándose el orden de aparición, el tamaño relativo en relación al contexto dibujado, el grado de detalle con el que es representado y su pertinencia en relación a la intervención odontológica.
Ítem 3: <i>Dibuja a un niño que está siendo atendido por el dentista</i>	Contexto de atención <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Expresión emocional y actitud del odontólogo</i>, considerando claves como la expresión facial (lo dibuja sonriente, enojado, indiferente, sorprendido, etc.), la proximidad, el contacto visual, la postura del dentista, el uso de instrumental, entre otros. Se pretende deducir el tipo de atención: fría, distante, neutra, cordial, cálida, etc. ○ <i>Expresión emocional y actitud del paciente</i>: considerando claves como la expresión facial, la postura, el uso de onomatopeyas o cuadros de diálogo. ○ <i>Descripción de la escena durante la atención</i>: se trata de captar el

	<p>vínculo y dinámica entre la diada, así como la aparente disposición del infante a la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Contexto: Se trata de determinar el lugar de la atención, por ejemplo del consultorio, el cual se deduce a partir de la presencia de la unidad dental, mesa de instrumental, entre otros. ○ Complemento: Considerándolo como una descripción detallada y elementos adicionales.
<p>Ítem 4: <i>Dibuja a un niño que acaba de salir del dentista</i></p>	<p>Salida del consultorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expresión emocional del paciente, considerando claves la expresión facial, la ubicación de las manos, el uso de onomatopeyas o cuadros de diálogo, alguna anomalía que revelara daño o mejora en el niño. ○ Contexto; Se trata de determinar si el paciente se encontraba fuera o dentro del consultorio u otro lugar, tomando como referencia complementos (puertas, ventanas, letreros, etc.). ○ Descripción de la escena: con el objetivo de identificar el resultado de la atención y el vínculo construido entre la diada. ○ Complemento: considerándolo como una descripción detallada y elementos adicionales como letreros que identifican el lugar, cuadros de diálogo, etc.

Resultados

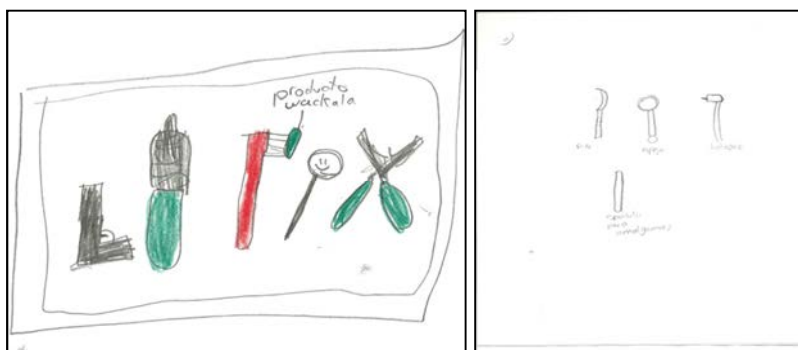
Debemos considerar que el discurso infantil no tiende a ser puramente descriptivo y por el contrario resulta altamente subjetivo o polisémico, de ahí que toda reducción del mismo pueda antes que lograr una supuesta objetividad, por el contrario producir un sesgo, por lo que nuestras descripciones de lo representado están muy cerca de ese lenguaje subjetivo según la narración que los mismos infantes hicieron de sus dibujos.



Adicionalmente, y como resulta usual en el dibujo infantil la representación de lo real vivenciado por el infante está relacionado a un imaginario y ambos registros forman una trabazón rica en determinaciones, es decir, en algunos casos los niños no han asistido a ninguna consulta odontológica pero se representan al

odontólogo –posiblemente por lo visto en televisión o lo escuchado a amigos o familiares quienes ya han sido atendidos– en otros casos el odontólogo que les atiende es un varón pero dibujan una odontóloga, como compensando lo real a partir de sus preferencias, por lo que podemos notar que el dibujo del infante está siempre próximo a lo lúdico.

Desde ese lugar encontramos que del total de los dibujos recabados el género del odontólogo quedó representado por un 60% femenino y un 40% masculino, situación que curiosamente reproduce la distribución de género promedio en la matrícula de esta carrera en distintas universidades. Adicionalmente, el odontólogo aparece como un personaje que viste una bata o filipina (cosa que se puede discernir por el largo y en ocasiones el color), pero en ocasiones aún se representa ligado a la imagen del médico, pues en varios casos porta un estetoscopio o una lámpara frontal. Característicamente se le representa sonriente como en actitud “afable” o “feliz”, esto generalmente corresponde al género femenino, mientras que los odontólogos varones son representados con un rostro adusto y una mirada severa o distante (no hace contacto visual con el infante atendido o el espacio entre las figuras es significativo).



En general, los resultados permiten determinar la imagen que proyecta el odontólogo en la atención desde la perspectiva del infante, lo que le impele al primero estar atento al impacto que pueda tener su tono emocional en la disposición del infante a ser atendido. De acuerdo con lo representado en sus dibujos, parece que el infante prefiere percibir un tono afectivo-feliz y amable o sonriente, a diferencia de un tono intimidante, enojado o indiferente. El trato

durante y al final del proceso de atención también puede ser establecida para tipificar la preferencia del infante: la mayoría de los infantes distingue la cercanía corporal y el contacto visual puestos en él durante la atención, por oposición a un odontólogo que pone una distancia larga o evita el contacto visual con el niño. Es notorio también que en ocasiones se dibuja un cubre boca que porta el odontólogo desde el momento de recibirlo o intervenirlo, lo que implica la imposibilidad de determinar su tono emocional. Los instrumentos dibujados con mayor frecuencia como característicos del ejercicio de esta profesión son la pieza de alta, la jeringa, el espejo y pinzas, en ocasiones se incluía el cepillo y la pasta dental, como significantes que integraban el contexto de la atención. En el momento de la atención resultaban características las bocas abiertas de los pacientes, en algunos casos la representación onomatopéyica de dolor, y mayoritariamente se dibujó a un odontólogo próximo y con una sonrisa amable y cordial. A la salida de la sesión el infante representa dos situaciones predominantemente: el odontólogo lo acompaña hasta la salida del consultorio, viéndose en ocasiones que observa al niño alejarse en la calle. Pero otras veces se encuentra el niño solo, incluso mostrando dolor o inflamación, quejándose del dolor, pero carece de la presencia del odontólogo.

En la Tabla 4, se muestran de manera más detallada los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de evaluación, ofreciéndose una descripción de los mismos según su distribución por grado escolar y atendiendo a cada uno de los ítems diseñados.

TABLA 4: Descripción de la representación pictográfica del infante resultante de la resolución de los ítems del instrumento de evaluación.

GRADO	ELEMENTO EVALUADO	DESCRIPCIÓN DE LA REPRESENTACIÓN PICTOGRÁFICA
1 ^{er} grado de primaria	<i>Quién es el odontólogo para el niño</i>	El género más representado en el femenino, ambos géneros se les presenta uniformados, con cubreboca, son altos en relación al niño dibujado, parecen inexpresivos o expresando una especie de sonrisa.
	<i>Instrumentos predominan</i>	Se encontraron 10 instrumentos diferentes en los dibujos de primer grado, (v. gr. espejo bucal, fórceps, jeringa algodón y pieza de alta, como elementos adicionales un vaso y un cepillo dental) siendo la pieza de alta la más representativa

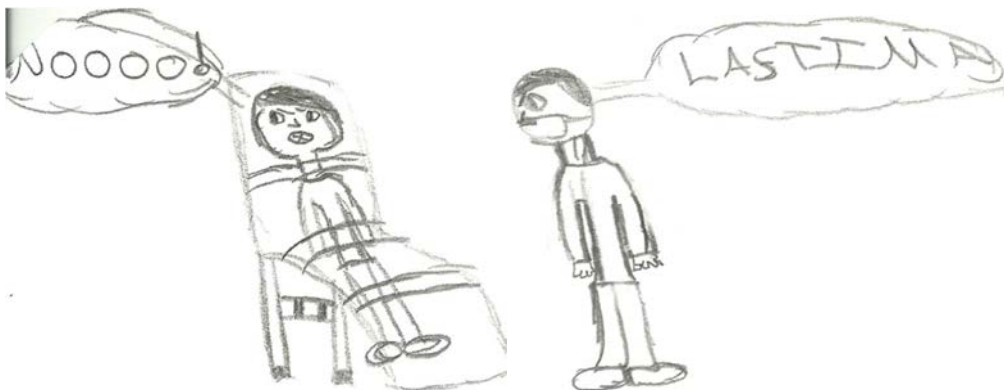
	<p><i>Atención en consultorio</i></p> <p><i>Valor de la experiencia del niño al salir de la consulta</i></p>	<p>Actitud del odontólogo ante la atención odontológica: el odontólogo se muestra: sonriente, orientado hacia el infante y con cercanía corporal.</p> <p>Expresión del niño en la atención odontológica: Se encontraron 2 actitudes, que podemos describir como: actitud cooperadora, y sonriente y feliz.</p> <p>Se dibujan niños felices, el odontólogo no los acompaña. En un caso se puede apreciar a través de la puesta el instrumental odontológico.</p>
2 ^{do} grado de primaria	<i>Quién es el odontólogo para el niño</i>	Sí, consideramos el consenso de las opiniones de los niños de esta edad (2do grado de primaria), el o la odontóloga resultan ser una persona feliz, siempre sonriente que aparece uniformada, ya sea, por su vestimenta o por los instrumentos que significan la profesión y cuyo aspecto físico es robusto, alto y extremidades largas.
	<i>Instrumentos predominan que</i>	De acuerdo al consenso del número de ocurrencia en los dibujos, la pieza de alta es la que predomina, seguida de las pinzas, la unidad dental y el espejo. Pudiéramos suponer que el simbolismo asociado a la pieza de alta está dada por su relación al dolor, la relación con otras herramientas y por la frecuencia que es utilizada por el odontólogo debido a que su función es la de devastar, desgastar, minar el órgano dentario por lo cual está asociado con una doble sensibilidad tanto auditiva y táctil.
	<p><i>Atención en consultorio</i></p> <p><i>Valor de la experiencia del niño al salir de la consulta</i></p>	<p>Actitud del odontólogo ante la atención odontológica: Se puede observar que como actitudes positivas en el odontólogo se encuentra: sonriente, feliz, amable y trabajador. Mientras que como actitudes negativas aparece: Serio y distante, También se significó el valor del odontólogo desde su presencia-ausencia</p> <p>Expresión del niño en la atención odontológica: Se encontraron 3 actitudes predominantes en el paciente, que podemos describir como: 1) actitud cooperadora, 2) tensa con miedo, y 3) sonriente y feliz.</p> <p>Los niños reconocen los momentos de la consulta identificando un dentro-fuera del consultorio. La gran mayoría aparecen felices o con una actitud positiva al salir de la consulta. Una tercera parte de los niños mostró la imagen del odontólogo como alguien que les acompaña a la salida del consultorio.</p>
3 ^{er} grado de primaria	<i>Quién es el odontólogo para el niño</i>	El cien por ciento de los niños se representa al odontólogo con género masculino, todos llevan uniforme, la mayoría son altos y delgados, con elementos característicos de la profesión. (cubre bocas, lámpara frontal). El cincuenta por ciento representa al odontólogo con una expresión sonriente y amigable y el otro cincuenta por ciento se observan inexpresivos.
	<i>Instrumentos predominan que</i>	<p>El instrumental más referido es la pieza de alta, seguida por el espejo y la jeringa, aunque aparecen otros elementos utilizados en la práctica odontológica como la unidad dental, pinzas y algunos muy específicos como los brackets.</p> <p>Actitud del odontólogo ante la atención odontológica: Aparece</p>

	Atención en consultorio	el odontólogo sonriendo y la mirada amigable. Expresión del niño en la atención odontológica: La mitad de los niños aparece con miedo y asustados. Con los ojos temerosos
	Valor de la experiencia del niño al salir de la consulta	La actitud del niño al salir de la consulta que predominó fue la sonriente, se puede observar que existe una diferenciación entre el interior del consultorio y el exterior este, que incluye letreros refiriéndose a la salida o al establecimiento
4 ^{to} grado de primaria	Quién es el odontólogo para el niño	El sexo predominante fue el femenino, se muestra a un odontólogo con una actitud, la complexión es delgada y alta, con positiva portando uniforme y como símbolo distintivo un cubre bocas.
	Instrumentos predominan	El instrumento predominante fue el espejo dental, seguido de la pieza de alta, después el cepillo dental y las pinzas, la lámpara, el eyector y por último la jeringa y el bisturí.
	Atención en consultorio	Actitud del odontólogo ante la atención odontológica: En el caso del odontólogo en algunos no aparece en escena, en otros muestra una actitud amable o de conformidad. La ubicación del odontólogo es fuera del consultorio, detrás de la unidad, o bien a lado del paciente o de pie Expresión del niño en la atención odontológica: Se expresan actitudes variadas, que van desde sonrisa, sorpresa, indiferencia, tenso y angustia, la ubicación del paciente es sentado o recostado en la unidad dental, o bien de pie esperando para iniciar la consulta
5 ^{to} grado de primaria	Valor de la experiencia del niño al salir de la consulta	Los niños se encuentran solos a la salida del consultorio, solo en dos casos se observa posiblemente la mamá que lo está esperando o el dentista que lo encamina a la puerta de salida. La expresión emocional de los niños es sonriente, aunque en dos casos se muestra incertidumbre y en otro trastornado por el dolor. El contexto en general fue la calle mostrando la fachada del consultorio y dos con un letrero que dice "dentista" y "salida".
	Quién es el odontólogo para el niño?	Se observa que todos los odontólogos representados en los dibujos, se muestran sonrientes y con disponibilidad (amables). Dos de ellos muestran un instrumento simbólico y específico a la atención odontológica (pieza de alta y cepillo de dientes) y uno referente a la atención médica (estetoscopio).
	Instrumentos predominan	Hay un aumento en la diversidad instrumental (19 instrumentos distintos). Sin embargo algunos son de uso específico del odontólogo (rayos X, gel, jeringa triple, cureta, espátula y jeringa con anestesia) y otros de uso genérico a la atención médica (termómetro y estetoscopio y abatelenguas)
	Atención en consultorio	Actitud del odontólogo ante la atención odontológica: Se encuentran solamente tres casos en donde aparece el odontólogo en la escena de la consulta. Éstos aparecen sonrientes y dispuestos a atender al paciente. Expresión del niño en la atención odontológica: Se encuentran tres niños sonrientes, recostados en la unidad dental. Se encuentra un niño angustiado. los demás aparecen solamente en espera de la atención odontológica

	<i>Valor de la experiencia del niño al salir de la consulta</i>	Se encuentra al paciente saliendo del consultorio, se distingue que es la salida por las puertas y un letrero que dice "Dentista". Todos los niños salen sonrientes excepto uno que mantiene la expresión de angustia. El odontólogo aparece acompañando solamente dos veces
6 ^{to} grado de primaria	<i>Quién es el odontólogo para el niño?</i>	Se encuentran 5 mujeres sonrientes y 4 hombres serios. Todos llevan uniforme, sin embargo se observa que existen distintos tipos de éste: Bata, filipina o pijama quirúrgico. Casi todos llevan cubre boca. Uno de ellos lleva la bata manchada con sangre.
	<i>Instrumentos que predominan</i>	Se encontraron 26 instrumentos distintos. Predomina el espejo dental seguido por las charolas con instrumental. Esta situación podría hablar sobre una atención preventiva más que una atención restauradora, donde se usa con más frecuencia la pieza de alta y las jeringas.
	<i>Atención en consultorio</i>	Actitud del odontólogo ante la atención odontológica: En su mayoría se encuentra al odontólogo con disponibilidad para atender al paciente, mostrando una sonrisa. Sin embargo, otros se muestran indiferentes, evitando el contacto visual o dando la espalda al paciente. En algunas escenas no se encuentra el odontólogo. Expresión del niño en la atención odontológica: Las actitudes de los niños van desde disposición a la atención y mostrando una sonrisa, siguiendo con una situación de indiferencia o neutralidad frente a la atención hasta finalmente, con una actitud negativa que se describe como de tensión, miedo y desconcierto.
	<i>Valor de la experiencia del niño al salir de la consulta</i>	La mitad de los niños se observa feliz y contento, la otra mitad adoloridos y tristes. Debido a que se encuentran cuatro niños con muestra de dolor, es importante resaltar la manera en la que lo representan: a) con la mano en la mejilla (la parte que presenta dolor); b) esta parte del rostro se observa con distinto tono, mostrando también inflamación; c) la expresión de la boca: curvada hacia abajo. Todos los pacientes se encuentran afuera del consultorio. El odontólogo se hace presente en sólo tres de ellos.

Conclusiones

La estrategia de investigación del presente estudio partió de la siguiente premisa: el paciente odontológico atraviesa todo un proceso de construcción como agente de su propia salud bucal y esta construcción comienza tempranamente, siendo determinada por las experiencias que el sujeto acumula en su trayectoria de vida y el contexto sociocultural en que se haya inscrito. Si privilegiamos una estrategia de prevención frente a una atención de carácter puramente restauradora o remedial, encontramos como algo esencial que, el colocar al infante al centro de la estrategia de prevención primaria, implica: a) darle la palabra, b) comprenderlo de manera más plena, c) generar una estrategia de su construcción como paciente.



Ahora bien si nos preguntamos de manera más directa qué aporta nuestro estudio al odontólogo y como orienta la atención del infante, la respuesta se distribuye del modo siguiente:

1. Proporciona una *tipología actitudinal* para la ubicación del infante en el proceso de su construcción como paciente odontológico que, como se puede apreciar desde la Tabla 1, supone 6 estadios o posiciones actitudinales básicos: Adherido, Cooperador, Cooperador tenso, Demorador, Desafiante, Agresivo. Como se puede observar estas posiciones actitudinales culminan en la posición de “paciente adherido”, el cual desde nuestra perspectiva resulta la más importante y el ideal a alcanzar en el proceso de construcción del paciente, al cual todo profesional de la salud se debe comprometer como objeto de la educación para la salud y la prevención misma.
2. De acuerdo con los resultados de nuestro estudio podemos determinar los siguientes tipos de expresividad del odontólogo según la mirada infantil, como se muestra en la Tabla 5, los cuales también resultan orientadores del mejor trato hacia el infante durante la consulta odontológica:

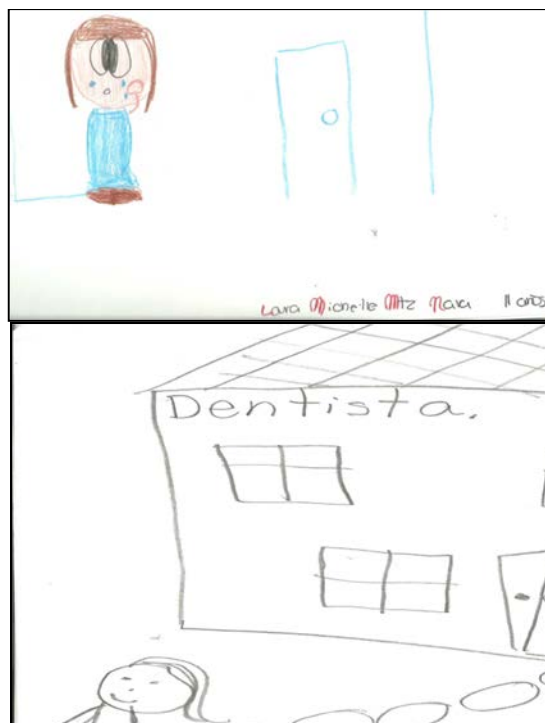
TABLA 5. Tipología del odontólogo desde la perspectiva infantil.

TIPO	CARACTERÍSTICAS
EMPÁTICO-CÁLIDO	Pulcritud en su vestimenta generalmente asociada a su profesión, la expresión típica es “sonriente” y “feliz”. Habitualmente, su mirada está en dirección del infante, como manteniendo contacto visual con él durante la atención, y se corresponde con la reiteración de la escena en que el profesional acompaña al paciente al final de la consulta.
DISTANTE-EFICIENTISTA	La categoría acuñada como “distante” se debió a que no se podía interpretar la expresión (por el uso de cubre boca), sin embargo la expresión de los ojos y la forma de las cejas indicaban una actitud de neutra a seria. Durante la atención

	ya sea que su mirada estaba dirigida a otra parte, se encontrara de espaldas al paciente o bien, a una distancia considerable. Mientras que a la salida del consultorio no se veía representado
INTIMIDANTE-CONMINADOR	Su vestimenta con rastros de sangre, porta instrumentos en las manos, se le dibuja de gran tamaño y de complexión robusta en relación al niño; mostrando una sonrisa forzada o exagerada. Durante la atención aparecen cuadros de dialogo donde el paciente expresa dolor o sometimiento (niño amarrado o pidiendo auxilio).
AUSENTE-EXCLUIDO	El odontólogo no se representa durante la atención odontológica ni a la salida del consultorio es decir, lo que se enfatiza es su ausencia.

3. Para finalizar, podemos precisar las aportaciones de la *tipología del odontólogo*, como pauta para el establecimiento del *rapport* en la atención odontopediátrica:

- Se ha documentado que, en general, los pacientes llegan con una predisposición a la consulta odontológica como si fuese una fuente de dolor inevitable, pero se debe considerar que el odontólogo tiene la posibilidad de revertir o deconstruir esta impresión estereotipada en la medida en que maneje un *rapport*, de manera simultánea: bajo el conocimiento de las actitudes en que se descompone esta predisposición (ver Tabla 1), y de cuáles aspectos de su modo de ser lo están propiciando o fortaleciendo.
- Se convoca a la necesidad de una autoevaluación del odontólogo en relación al impacto que tiene hacia el paciente, en este caso particularmente hacia el infante. Se trata de una dialéctica entre *cómo lo ven* y *cómo desea ser visto*.
- Se debe considerar los recursos disponibles para llevar la impresión del infante hacia una valoración positiva (como expresa el tipo empático-cálido), recursos que no necesariamente puedan ser inmediatos, pero si producir efectos positivos en la medida en que hagan sistemáticos.
- Se puede considerar que en algún tipo de intervenciones es inevitable la presencia del dolor, no obstante, pensamos que la relación al dolor si puede quedar matizada (atenuada, exagerada, soportable, insoportable, etc.), según el tipo de vínculo que se tiene con el otro, en este caso el odontólogo



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, A. (2004) Algunas consideraciones éticas en odontopediatría. *VII Jornada anual de Bioética 12-13 Junio*, vol. 5, 2, pp. 22-24. República de Cuba.
- Amez-Atapoma J., Díaz-Pizán ME. (2010). Manejo del dolor en odontopediatría. *Revista Herediana de Estomatología*, 20, (3), pp.166-171.
- Argueta, R., Argueta, R., Berlín, AM. (2015) Consideraciones básicas para el manejo del dolor en odontopediatría en la práctica diaria del cirujano dentista general y su relación de interconsulta con el anestesiólogo. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 22, (4), 175-179. Madrid, España.
- Breña, D. (2009). Protocolo para el manejo del dolor en Pediatría. *Revista Médica Electrónica*, 31, (1). Matanzas.
- Eberhard, M., Mora, X. (2004). Manejo del dolor en el paciente pediátrico. *Revista chilena de pediatría*, 75, (3), 277-279. Santiago, Chile.
- Fernández, ME., Bravo, B., Fajardo, J. (2011). Urgencias estomatológicas en niños institucionalizados de La Habana. *Revista Cubana de Estomatología*, 48(2), 95-103.

- García, L., Giraldo, S., Mossos, R., Muñoz, M., Perea, C., Prado, C. (2008). Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005, *Colombia Médica*, 39, (1).
- Hernández J., Montiel L., Velásquez J., Alcedo C. D., Jurisic A., Quirós O., Molero L., Tedaldi J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Josefa P., Medina P. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Revista Acta Odontológica Venezolana*, 36, (2).
- Juárez-López, M., Murrieta-Pruneda, JF., Teodosio-Procopio, E. (2005). Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. *Gaceta médica de México*, 141(3), 185-189.
- Kade, A., Salazar, C., Pérez, A., Nevado, F. (1999). Comportamiento del niño en el consultorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana*, 37, 3.
- León, M., Arada, J. López, M., Armas, D. (2012). Traumatismos dentarios en el menor de 19 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16,(5), 4-13.
- Albornoz, M.; Sanz, A. (2012). Técnicas anestésicas en Odontopediatría. *Revista Reduca (Recursos Educativos). Serie Congresos Alumnos*. 4, (12).
- Maquera, G. (2012). Exodoncia en niños. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 23. La Paz.
- Mayorga, R., Maldonado, G., Trejo, C., Camacho, S., López, C. (2015) ¿Qué es el dolor? ¿Qué lo diferencia del sufrimiento? "Si un niño dice tengo dolor se le ha de creer". *Boletín científico de la Superior de Tlahuelilpan*; 3, (5).
- Medina, C., Pontigo, A., Pérez, E., Hernández, P., De la Rosa, R., Navarete, J., Maupomé, G. (2013). Razones para extracción de dientes permanentes. *Revista Investigación Clínica*, 65, (2), 141-149.
- Pérez, N., González, C., Guedes, A., Nahás, M. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Revista Cubana de Estomatología*, 39(3), 302-327.
- Saussure, F.; (1979). Curso de lingüística general. Editorial Losada, Buenos Aires.

- Segovia, A; Estrella, R; Medina, C; Maupomé G., (2004). Severidad de Caries y Factores Asociados en Preescolares de 3-6 Años de Edad en Campeche, México. *Revista de la Salud Pública*. 7 (1): 56 -69.
- Wallon, H. (1985). La evolución psicológica del niño. Editorial Crítica, Madrid.
- Fascioli, A. (2010). Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. *Revista Actio*, nº12.
- Kohlberg, L. (1981). The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs.
- Repetur, K.R., Quezada, A.L. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, Volumen 6 Número 11.
- Bordoni, N., Escobar, R. & Castillo, M. (2010) Capítulo 5: Evaluación, diagnóstico y manejo comportamiento del niño en la situación odontológica. En: Odontología pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. *Editorial Médica Panamericana*, Pp. 89-102.
- Fernández, O., Flores, M., Manques, E. (2007). Control de la ansiedad en la atención odontológica. Ediciones Gobierno de Chile, Ministerio de la Salud.
- Figuerola, M. (1996). Adaptación del niño a la consulta odontológica. En: Conceptos Básicos en odontología pediátrica, cátedra odontológica (capítulo 1). Facultad de Odontología, Universidad Central Venezuela, *Ed. Disnlimed*, Pp. 19-36.
- Josefa, P. & Medina, P. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*. Vol. 36, No.2.
- Quintana, C. (2009). Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y restricción física. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Cruppi, M.; Amden, A. (2005). Psicodontología pediátrica: técnicas para el tratamiento del miedo. ISBN:978-987-05-0030-8
- Rodríguez C.; Delgado M. (1996). Diagnóstico de salud bucal. *Revista Cubana Estomatol*. Vol. 33, num 1.
- Lugo, E., García, L., Gross, C., Casas, S & Sotomayor, F. (2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN*, 17(4), 677-685.

Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares.
(2007) Ministerio de Salud, Chile, Pp. 1-56. Disponible en:

www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Programa-de-promoción-y-prevención-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf

Perfil epidemiológico de la salud bucal en México (2010). Disponible en:

www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011