



MENDOZA, **04 MAY 2020**

VISTO:

Las medidas tomadas por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, ante el avance de la pandemia COVID 19, y atento a las recomendaciones del Gobierno Nacional, Provincial, CIN y Rectorado, y la presentación del Protocolo de abordaje al menor de edad en las Clínicas de la Facultad de Odontología, y;

CONSIDERANDO:

Que el proyecto fue elaborado por las Prof. Lic. Graciela LEVINZON, Mgter. Claudia FERNANDEZ, Esp. Rosa B. ESQUEMBRE y Esp. Salvador CAMBRIA RONDA; con la colaboración de Asesoría Letrada (Abog. Alejandro VON KATONA);

Que obran los fundamentos teóricos del protocolo, sus objetivos, procedimiento, destinatarios como así también su evaluación;

Por ello, lo aprobado en su **sesión por videoconferencia** de fecha 28 de abril en curso y en uso de sus atribuciones,

EL CONSEJO DIRECTIVO de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Aprobar el "PROTODLO DE ABORDAJE PARA EL MENOR DE EDAD EN LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN CLÍNICA DE LA FOUNCUYO", cuyo marco teórico, objetivos, procedimientos, destinatarios y evaluación, obran en Anexos I y II que forman parte integrante de la presente.

ARTICULO 2º.- De forma (digital).

ARTICULO 3º.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones del Consejo Directivo

**RESOLUCION N° 033**

DB

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ  
Directora Gral. de Administración

Dra. Ma. Del C. Patricia DI NASSO  
Decana



**ANEXO I – RES. N° 033/2020 C.D.**

**PROTOCLO DE ABORDAJE PARA EL MENOR DE EDAD EN LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN CLÍNICA DE LA FOUNCUYO**

AUTORES: Prof. Lic. Graciela Levinzon Prof. Lic. Sonia Domingo

**DESARROLLO DEL PENSAMIENTO** Para proporcionar salud oral a los pacientes pediátricos, ya sean niños, adolescentes o aquellos con necesidades especiales, se necesita recurrir a un proceso continuo de técnicas farmacológicas y no farmacológicas referidas al comportamiento. Las diferentes técnicas de orientación deben ser adaptadas de manera individual para cada paciente por el profesional. Se espera que los odontólogos puedan reconocer y tratar de forma eficaz las enfermedades bucales de la infancia dentro del ámbito de conocimiento y de las habilidades adquiridas durante los años de formación académica. El tratamiento seguro y eficaz de estas enfermedades frecuentemente resulta de la interacción del profesional con el equipo odontológico, los pacientes, y los padres. El objetivo es disminuir el miedo y la ansiedad del niño y promover la comprensión de la necesidad de salud oral y el proceso para obtenerla. Un odontólogo que trata a los niños debe conocer una variedad de técnicas de adaptación del comportamiento y, en la mayoría de las situaciones, debe estar apto para evaluar exactamente el nivel de desarrollo del niño, sus actitudes, su temperamento, y predecir su reacción frente al tratamiento. El niño que presenta una patología bucal, y que no se deja tratar, prueba las habilidades del profesional odontólogo. La actitud del odontopediatra y los miembros de su equipo ejercen un papel importante en la orientación del comportamiento del paciente pediátrico. Con una comunicación eficaz, el equipo odontológico puede aliviar el miedo y la ansiedad, así como enseñar mecanismos apropiados para que el niño pueda lidiar con sus sentimientos, con el fin de guiarlo para que pueda cooperar, estar relajado, y confiado en el consultorio odontológico. La orientación exitosa del comportamiento permite al equipo de salud ejecutar con seguridad y de forma eficiente un tratamiento de calidad, además de fomentar una actitud odontológica positiva en el niño.

La orientación del comportamiento es tanto un arte como una ciencia. No es una aplicación de técnicas creadas para "lidiar" con los niños, es más un método continuo, detallado, que significa desarrollar y nutrir la relación entre el paciente y el profesional, que finalmente construirá la confianza y aliviará el miedo y la ansiedad. Para el niño, querer evitar el dolor o lo que él entiende como daño, es algo natural y totalmente esperable, si aceptamos esto, conseguiremos un mejor resultado profesional, ahorrándonos conductas que afecten la calidad del tratamiento y también nuestra disposición y estado de ánimo. Es primordial establecer una buena relación odontólogo - paciente que incluya la motivación con una adecuada explicación y la espera de la colaboración por parte del paciente.

**TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSITIVO DE PIAGET** Etapa Pre-operacional Esta etapa va aproximadamente de los dos a los siete años de edad, los niños empiezan a representar el mundo con palabras, imágenes y dibujos. El pensamiento simbólico va más allá de la simple conexión sensorial y actos físicos; en esta etapa se forman conceptos, surge el razonamiento mental y el egocentrismo, y se construyen creencias mágicas. El pensamiento pre operacional puede dividirse en dos sub-etapas: la sub-etapa de la función simbólica y la del pensamiento intuitivo. La primera se presenta aproximadamente entre los dos y los cuatro años de edad. El niño adquiere la capacidad de representar mentalmente un objeto que no está presente; esta capacidad amplía de manera importante el mundo mental del niño, utilizan diseños con garabatos para representar personas, casas, automóviles, nubes, etc. Empiezan a emplear el lenguaje y el juego simulado; sin embargo, a pesar del progreso diferenciado su pensamiento aún tiene varias limitaciones importantes, como el egocentrismo y el animismo. El egocentrismo es la incapacidad de distinguir entre la



ANEXO I – RES. N° 033/2020 C.D.

propia perspectiva y la perspectiva de otra persona. El animismo, otra limitación del pensamiento pre operacional, es la creencia de que objetos inanimados tienen cualidades de seres vivos y que son capaces de actuar, por ejemplo, un niño pequeño podría decir "ese árbol se arrancó la hoja y ésta cayó" o "el banco me hace enojar, provoca que me caiga".

La segunda (pensamiento intuitivo), se presenta aproximadamente entre los 4 y los 7 años de edad. Los niños empiezan a utilizar un razonamiento primitivo y desean conocer las respuestas a todo tipo de preguntas. A los cuatro años aun cuando está empezando a desarrollar sus propias ideas acerca del mundo en que vive, dichas ideas aún son simples y no es muy bueno para analizar las cosas. Sus pensamientos fantasiosos tienen poca similitud con la realidad. La centración, es una de las limitaciones del pensamiento pre operacional en donde la atención es una característica principal. Cuando se le presenta al niño un estímulo visual, éste tiende a centrar o fijar la atención en un aspecto perceptual limitado del estímulo, ya que es incapaz de explorar todos los aspectos del mismo o de descentrar la inspección visual, el niño tiende a captar únicamente aspectos limitados del suceso. Etapa de Operaciones Concretas Esta etapa va aproximadamente desde los siete a los once años. En la misma el pensamiento lógico reemplaza al pensamiento intuitivo, siempre y cuando el razonamiento pueda aplicarse a ejemplos específicos y concretos. Por ejemplo, los niños que tienen un pensamiento operacional concreto no pueden imaginar los pasos necesarios para resolver una ecuación algebraica, ya que es demasiado abstracto para el pensamiento en esta etapa de su desarrollo. Pero sí pueden realizar operaciones concretas, que son actos mentales reversibles sobre objetos reales y concretos. La conservación demuestra en esta etapa la capacidad de un niño para realizar operaciones concretas. Por ejemplo, si le presentamos a un niño dos bolas idénticas de arcilla y convertimos una de ellas en una tira larga y delgada, y luego le preguntamos en cuál de las dos hay más arcilla, responderá que la cantidad de arcilla en ambas es la misma. Esto se denomina reversibilidad del pensamiento. Cuando los niños tienen entre siete u ocho años, para resolver ese problema de manera concreta, deben imaginar la tira larga y delgada en la forma anterior, es decir, debe revertir mentalmente la acción ejercida sobre la bola de masa. Las operaciones concretas permiten que los niños coordinen varias características en lugar de enfocarse en una sola propiedad; pueden coordinar la información de varias dimensiones de un objeto en un mismo momento. Por lo tanto, la conservación implica para el niño que la longitud, el número, la masa, el área, el peso y el volumen de los objetos y de las sustancias no cambian debido a la transformación de su apariencia. Generalmente la conservación de número aparece primero y la conservación del volumen al último. La clasificación es una habilidad importante en esta etapa, consiste en la capacidad de clasificar cosas y de tomar en cuenta sus relaciones; es decir pueden clasificar de acuerdo a la forma, al color, al tamaño, etc., de distintos objetos. La transitividad es la capacidad de razonar sobre relaciones y combinarlas de manera lógica; es decir, si existe una relación entre un primer objeto y un segundo objeto, y también entre el segundo y tercer objeto, entonces existe una relación entre el primero y el tercero. Por ejemplo, si tenemos tres palitos (A, B y C) de tres longitudes diferentes; A es el más largo, B tiene una longitud intermedia y C es el más corto. El niño en esta etapa comprende que, si A es más largo que B, y B más largo que C, entonces A es más largo que C. Razonamiento transformacional es la capacidad de integrar una serie de sucesos en una relación de principio a fin. Pueden seguir o reproducir los pasos sucesivos de un proceso, pueden prestar atención a la transformación o reconstruirla. Esta capacidad le permite al niño el desarrollo del pensamiento lógico propio de esta etapa. Un ejemplo de este tipo de razonamiento es que el niño en esta etapa puede comprender la transformación de un estado líquido a

**ANEXO I – RES. N° 033/2020 C.D.**

sólido o viceversa (agua en hielo). Etapa de Operaciones Formales Esta etapa que surge entre los 11 y 15 años de edad es la cuarta y última etapa de la clasificación de Piaget, en la cual se pasa de un pensamiento concreto a una forma más abstracta y lógica. A partir de esta etapa los niños ya dejan de pertenecer a esta categoría y empiezan a ser conocidos como adolescentes, ya que la misma se desarrolla entre los 11 y los 20 años, de manera aproximada. El adolescente puede imaginar circunstancias ideales y compararlas con la realidad, empiezan a considerar posibilidades para el futuro y se sienten fascinados con lo que podrían ser. Al resolver problemas, los sujetos con un pensamiento operacional formal son más sistemáticos y utilizan el razonamiento lógico. Las estructuras cognoscitivas alcanzan la madurez en esta etapa. Después de la misma ya no representan más mejoras estructurales en la calidad del razonamiento, el adolescente puede pensar tan bien como los adultos, esto no quiere decir que en una situación determinada el pensamiento del adolescente con razonamiento formal sea necesariamente "tan bueno como" el del adulto; sólo significa que tiene la capacidad para ello. Cuando se han desarrollado por completo las operaciones formales, se pueden abordar todo tipo de problemas ya que se puede razonar eficazmente acerca del presente, el pasado y el futuro, lo hipotético y problemas de proposición verbal. En esta etapa adquiere capacidad de introspección y puede reflexionar acerca de sus propios pensamientos y sentimientos como si fueran objetos. Su razonamiento queda independizado de las experiencias pasadas y presentes. El sujeto tiene la capacidad de usar teorías e hipótesis para resolver problemas. Adquiriendo un razonamiento científico y una comprensión de la causalidad.

Aunque tanto el pensamiento concreto como el formal son lógicos, ambos son abiertamente diferentes, el niño en la etapa concreta no efectúa un razonamiento tan amplio, fuerte y profundo como el que efectúa en las operaciones formales. El pensamiento formal es hipotético-deductivo, científico-inductivo y reflexivo-abstracto. Son capaces de utilizar la lógica en su totalidad y desarrollan los conceptos abstractos e hipotéticos, por lo cual pueden razonar de manera deductiva. Ya aquí se considera que empiezan a pensar como "adultos" porque adquieren las capacidades y competencias necesarias para resolver problemas mediante la implementación de múltiples soluciones hasta dar con la correcta, y así mismo ya diferencia plenamente lo que es imaginario y lo que es realidad, por lo que son capaces de trabajar con suposiciones. El pensamiento hipotético-deductivo es aquel que comprende la deducción de conclusiones a partir de premisas que son hipótesis, y no de los hechos comprobados por el sujeto. El pensamiento inductivo es aquel que se parte de los hechos específicos a las conclusiones generales. Es el proceso de razonamiento de los científicos pues le permite llegar a las generalizaciones o leyes científicas. La abstracción reflexiva es uno de los mecanismos mediante los cuales se lleva a efecto la construcción cognoscitiva. Siempre trasciende lo observable, lo que provoca una reorganización mental, e incluye siempre una abstracción de un nivel inferior a uno mayor. Es el pensamiento o la reflexión interna sustentados en los conocimientos disponibles. **EDAD MENTAL** La edad mental es un concepto relacionado con la inteligencia. Se trata de cómo un determinado niño, a una determinada edad, rinde intelectualmente comparado con el rendimiento intelectual medio para su edad física, medida en años. La edad mental varía dependiendo del nivel de inteligencia del individuo La edad mental corresponde a la manera en que las personas se comportan, actúan, hablan y se expresan en razón a su edad cronológica. Es una medida introducida por Alfred Binet, (París 1857-1911 pedagogo y psicólogo francés). Digamos que por edad mental de un sujeto se entiende el nivel alcanzado por el desarrollo de su inteligencia. **ESTADO EMOCIONAL** Se puede conocer en primera instancia a través de la observación del niño, en la cual se deben tener en cuenta las



ANEXO I – RES. N° 033/2020 C.D.

reacciones que presenta el mismo ante la consulta, por ejemplo, no querer desprenderse de la madre o entrar a la clínica, llanto desconsolado, etc. Asimismo, podemos obtener datos a partir de la historia clínica como, por ejemplo: experiencias odontológicas o médicas significativas previas, reacción frente a las mismas, internaciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, caídas o golpes importantes, inyecciones. También es importante conocer acerca de situaciones críticas: - ¿Ha vivido alguna situación crítica últimamente? ¿Cuál? (Cambios de domicilio o de escuela, fallecimientos, pérdidas, violencia, robos, accidentes, divorcio, nacimientos, etc.) ¿Cuándo? ¿Cómo repercutió en el niño? Es muy importante tener conocimientos acerca de: - las características del desarrollo evolutivo y emocional del paciente niño y adolescente, como también de los aspectos que impliquen un adecuado manejo de su conducta. - las diversas causas que pueden provocar el rechazo a la atención odontológica, ansiedad o situaciones traumáticas en los niños: - la forma en que este paciente experimenta el dolor - los efectos de la intimidación y poder físico por parte del odontólogo - del ritmo psicológico del paciente (tiempo necesario para aceptar el tratamiento) - el valor que tiene el establecimiento de la confianza entre quienes intervienen en el tratamiento - el efecto de historias exageradas contadas por el entorno - el temor de los padres al tratamiento dental - las amenazas por parte de los padres hacia el niño - la existencia de problemas psicológicos de base tanto del paciente como de su entorno. EL ADOLESCENTE La Asociación Latinoamericana de Odontología Pediátrica (ALOP) en 2010, reconoce que el paciente adolescente tiene necesidades únicas. Estas directrices se dirigen a esas necesidades originales y propone hacer recomendaciones generales para su manejo. Según esta asociación, no existe un patrón de definición de "adolescente". Los adolescentes son definidos más ampliamente como jóvenes entre las edades de 11 a 21 años. El paciente adolescente es reconocido como teniendo necesidades distintas debido: 1. A una tasa potencial elevada de caries. 2. Al riesgo aumentado de heridas traumáticas y dolencias periodontales. 3. A una tendencia de hábitos nutricionales pobres. 4. A un deseo y una conciencia estética aumentados 5. La complejidad del cuidado ortodóntico y restaurador combinado (ej. Falta congénita de dientes). 6. La fobia odontológica. 7. La iniciación del uso del tabaco 8. La gravedad 9. Los disturbios alimenticios 10. Las necesidades sociales y psicológicas especiales. El tratamiento del paciente adolescente puede ser complejo y multifacético. Es necesario que se haga una historia médica exacta, detallada y moderna para el diagnóstico correcto y el planeamiento de un tratamiento eficaz. Es esencial que se consiga una familiaridad con la historia médica del paciente, a fin de disminuir el riesgo de agravar una condición médica al efectuarse el cuidado odontológico. El adolescente puede presentar características psicosociales particulares que causan impacto en el status de salud de la cavidad bucal, del cuidado que procuran y de la cooperación. El proceso del desenvolvimiento del auto concepto, independencia emergente y la influencia de los amigos son algunos de los factores psicodinámicos que causan impacto en la salud dental durante ese periodo. Desenvolvimiento juvenil positivo (DJP) El tratamiento y promoción de la salud bucal del adolescente deben tomar en cuenta las necesidades psicológicas y sociales del adolescente. Eso puede darse por medio de la estructura del desenvolvimiento positivo juvenil (DPJ). El abordaje va además de la prevención tradicional, de la intervención y del tratamiento de problemas y comportamientos de riesgo, sugiriendo que un relacionamiento interpersonal fuerte entre el paciente adolescente y el Odontopediatra puede ser de gran influencia en la mejoría de la salud bucal del adolescente y en el cuidado de pacientes en transición para la vida adulta. En el consultorio el Odontopediatra tiene la oportunidad de servir como modelo positivo para el joven y también, demostrar que nos interesamos por él. Recomendaciones El DPJ es reconocido por contener un número de elementos claves



ANEXO I – RES. N° 033/2020 C.D.

relevantes al cuidado con pacientes jóvenes: • Ofreciendo a los jóvenes ambiente seguros y de apoyo; • Promoviendo relaciones entre jóvenes y adultos que se pueden guiar; • Promoviendo un estilo de vida saludable y enseñando patrones positivos de la interacción social; • Dando una red de seguridad en caso de necesidad. Se puede alcanzar la integración de DPJ en la práctica clínica por medio de la educación continuada en el desenvolvimiento adolescente, también como pares con organizaciones de comunidad de base y de escuelas. El odontólogo puede ser una parte de sostén a servicios para adolescentes. Consideraciones psicológicas y otras Cuando se trata de un adolescente, debemos tomar en cuenta consideraciones de comportamiento, que incluye ansiedad fobia o disfunción intelectual, entre otras. Esas necesidades especiales deben ser controladas por dentistas apropiadamente entrenados. Trabajo en equipo o indicación a profesionales del área puede ser aconsejable. Ejemplos adicionales de problemas bucales asociado a comportamientos adolescente incluyen, mas no son limitados a: • Manifestaciones bucales de enfermedades venéreas; • Efectos de anticonceptivos o antibióticos bucales en estructuras periodontales; • Problemas de bulimia; • Heridas traumáticas en los dientes y las estructuras bucales en actividades atléticas u otras; • Uso de piercing intrabucal y peribucal con efectos locales y sistémicos posibles. El impacto de los factores psicosociales que se relacionan a la salud bucal debe incluir las consideraciones siguientes: • Cambios en los hábitos alimenticios (ej. necesidades de energía aumentada, acceso a los carbohidratos); • Uso y abuso de las drogas; • Motivación para la mantención de una buena higiene bucal; • Potencial para las heridas traumáticas; • El adolescente responsable de su cuidado; • Falta de conocimiento sobre la enfermedad periodontal. Los cambios fisiológicos también pueden ser responsables por problemas bucales significativos en el adolescente. Recomendaciones 1. El cuidado de la salud bucal del adolescente debe ser efectuado por un odontólogo que tenga el entrenamiento apropiado en controlar las necesidades específicas del paciente. El odontopediatra debe considerar la indicación a un especialista para el tratamiento de las especialidades fuera de su área de actuación o experiencia. Esto puede incluir problemas odontológicos o no odontológicos. 2. Se debe dar atención a los aspectos psicosociales especiales del cuidado dental del adolescente. Otras cuestiones tales como el consentimiento informando, o el secreto profesional y la obediencia a lo establecido deben ser dirigidos en el cuidado de esos pacientes. 3. Un programa bucal completo del cuidado de salud para el adolescente requiere un componente educacional que se dirija a las necesidades e interés particulares del paciente y se concentren en: a. Manifestaciones bucales específicas inducidas por componentes fisiológicos y comportamientos en esa fase de edad; b. Responsabilidad compartida para cuidados de salud por el adolescente y el responsable; c. Consecuencias del comportamiento típico del adolescente en la salud bucal, como sentimiento de invulnerabilidad, falta de aseo, desidia, oposicionismo, etc. 5- Bibliografía - Egozcue, M. I. y Otros (1988), Odontopediatría y Psicología. Ed. Kargieman. - Sociedad Española de Odontopediatría: "Prevención en la adolescencia" Enero 2019 - ALOP Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Abo-Odontopediatría. Asociación Brasileira de Odontopediatría "Manual de Referencia de Procedimientos Clínicos en Odontopediatría" 2010.