

CUADERNO **11**

El paciente más pequeño

Odontopediatría conductual: el miedo se aprende en la infancia, y la primera visita es donde se decide —para toda la vida— si el dentista da **confianza o miedo**.

El miedo al dentista casi nunca nace en la consulta

Nace antes: en lo que el niño oye, ve y vive en su primer contacto con el dentista —o en la espera demasiado larga hasta ese contacto.

5,8

Años de media tiene el niño en España en su **primera visita** al dentista — años tarde

~25%

De los niños acude al dentista **antes de los 2 años**; la gran mayoría llega mucho después

79%

Ya ha tenido **caries** para entonces: el primer recuerdo del dentista suele ir unido al dolor



Si la primera vez que el niño pisa la consulta ya le duele algo, el dentista queda asociado al dolor justo en la edad en que esa asociación se graba más fuerte.

Tres formas en que el miedo llega ya hecho

Lo que oye

«Pórtate bien o el dentista...», «no llores», las anécdotas de la familia: el niño aprende a temer antes de vivir nada.

Lo que ve

La cara tensa del padre en la sala de espera. Los niños leen la ansiedad del adulto y la copian.

Lo que vive

Una primera visita tardía y por dolor: la experiencia que confirma todo lo anterior

→ EL HILO

Si el problema es llegar tarde y por dolor, la solución es llegar pronto y sin dolor.

Y «pronto» tiene una edad concreta.

En profundidad — Odontopediatría conductual: cómo se construye (o se evita) un miedo

La ventana crítica

El miedo al dentista casi nunca nace en la consulta: nace antes, y se graba con fuerza porque la infancia es un periodo sensible para la formación de asociaciones emocionales. De ahí la potencia del concepto de hogar dental que promueven las grandes academias: la primera visita debe producirse en cuanto erupciona el primer diente o, como muy tarde, al cumplir un año, y no es una recomendación meramente preventiva de caries. Un estudio en Pediatrics mostró que los niños con una primera visita temprana tenían costes dentales notablemente menores en los años siguientes, del orden de un 40 %. La visita

temprana y sin tratamiento funciona como una vacuna contra el miedo: el niño aprende que el dentista es un sitio amable antes de que nada pueda dolerle. El problema es que casi nadie cumple esa recomendación: en muchos países la edad media de la primera visita se retrasa varios años, y para entonces una alta proporción de niños ya ha tenido caries, de modo que su primer recuerdo del dentista va unido al dolor.

El miedo llega ya hecho

Cuando el niño pisa por fin la consulta, muchas veces trae el miedo aprendido de casa, por tres vías que conviene

La primera visita: al año, no al primer dolor

La recomendación de las grandes academias es clara y casi nadie la cumple: la primera visita, en cuanto sale el primer diente o, como muy tarde, al cumplir un año.

“ *El niño debería visitar al dentista en los **seis meses siguientes a la erupción del primer diente** o, como tarde, al cumplir un año.* ”

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY · AMERICAN DENTAL ASSOCIATION · AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Qué es esa primera visita

- Casi siempre, **sin tratamiento**: conocer, mirar, explicar.
- Examen «rodilla con rodilla» con el padre sujetando al niño.
- Consejos de higiene, dieta y flúor a los padres.
- El objetivo es **familiarizar**, no curar.

Por qué tan pronto

- Quien tiene dental home antes del año tiene menos caries.
- Menos urgencias y menos coste a lo largo de la infancia.
- Y, sobre todo: la primera imagen del dentista no es el dolor.



*Una visita temprana sin tratamiento es una **vacuna contra el miedo**: el niño aprende que el dentista es un sitio amable antes de que nada pueda dolerle.*

→ EL HILO

*Pero el niño no viene solo. Viene con un adulto que, muchas veces, trae su **propio miedo** puesto.*

reconocer. Lo que oye: «pórtate bien o el dentista...», «no llores», las anécdotas de terror de los familiares. El niño aprende a temer antes de haber vivido nada. Lo que ve: la cara tensa del padre en la sala de espera, la ansiedad del adulto que lo acompaña, que los niños leen y copian con notable precisión. Y lo que vive: una primera visita tardía y motivada por el dolor, en la que la experiencia inaugural del dentista es ya desagradable. Estas tres vías —que reproducen, en versión infantil, las vías de adquisición del miedo de Rachman— explican que un niño pueda desarrollar miedo dental antes incluso de su primera cita, lo que exige trabajar tanto al niño como al adulto que lo acompaña.

El desarrollo manda

La comunicación con el niño debe ajustarse a su estadio de desarrollo cognitivo, y este es un principio que distingue la odontopediatría conductual de la simple adaptación del trato adulto. En las edades preescolares pre-

domina un pensamiento preoperatorio, en términos de Piaget, caracterizado por la literalidad y el pensamiento mágico: el niño toma las palabras al pie de la letra y llena de fantasía lo que no comprende. De ahí la eficacia de los eufemismos y del juego. El aspirador es «la pajita que bebe agua»; el espejo, «la cuchara para ver mejor»; contar los dientes se convierte en un juego. Las frases deben ser cortas, con pausas que den tiempo a procesar, porque el niño se bloquea o se frustra si se le abruma con información. Hablar la edad del niño no es infantilizar de forma condescendiente: es traducir la información clínica a un código que su cerebro, todavía en construcción, pueda manejar sin desbordarse.

El continuo de guía conductual de la AAPD

La odontopediatría dispone de un repertorio ordenado de técnicas, sistematizado por la Academia Americana de Odontopediatría en un continuo de guía conductual. En la base están las técnicas básicas: la comunicación, el

El miedo del padre se contagia al hijo

No es una impresión clínica: la ansiedad dental de padres e hijos correlaciona, y el niño aprende a temer leyendo al adulto que lo acompaña.

0,4

Correlación entre la **ansiedad dental** de padres e hijos (estudio en seis países europeos): asociación fuerte

antes

Muchos niños desarrollan el miedo **antes** de su primera visita: lo traen aprendido de casa

♀ > ♂

La transmisión es algo mayor por vía **materna**, pero el padre también es transmisor

Convertir al padre en aliado

- Pídele que esté **tranquilo y en silencio** durante la exploración.
- Que no prometa premios condicionados al miedo («si no lloras...»).
- Que deje hablar al equipo: una sola voz tranquiliza más.

Lo que es mejor que el padre no diga

- «No te va a doler» — **introduce** la idea de dolor.
- «Sé valiente», «no llores» — nombran el miedo.
- «Si te portas mal, el dentista...» — usar la consulta como amenaza



Trabajar al padre es trabajar al niño. Un adulto sereno que confía en el equipo es la mitad del éxito de la primera visita.

→ EL HILO

Con el adulto de aliado, toca el niño. Y aquí la técnica reina de los cuadernos anteriores se vuelve, si cabe, más útil: decir, mostrar, hacer.

decir-mostrar-hacer, el «preguntar-decir-preguntar», el refuerzo positivo, la distracción, el modelado, el control de la voz, la presencia o ausencia de los padres y la reestructuración del recuerdo. En la cúspide, para casos que lo requieren, las técnicas avanzadas: la sedación, la estabilización protectora y la anestesia general. Un rasgo importante de la evolución de la disciplina es el abandono de las técnicas aversivas: la antigua «mano sobre la boca» ha sido retirada de las recomendaciones, en una tendencia clara hacia lo comunicativo y no coercitivo. Las herramientas básicas resuelven a la gran mayoría de los niños, y permiten al clínico escalar de forma racional — agotando primero lo básico — en lugar de recurrir prematuramente a lo farmacológico.

La escala de Frankl

Para manejar bien al niño conviene primero valorar su conducta, y la herramienta clásica para ello es la escala de comportamiento de Frankl, uno de los instrumentos más usados en odontopediatría. Clasifica la conducta del niño en cuatro categorías, desde el rechazo franco —llanto, negativa, comportamiento decididamente negativo— hasta la actitud decididamente positiva —interés, cooperación, buena relación con el equipo—, pasando por dos grados intermedios de negatividad y aceptación reticentes. Su utilidad es doble. Por un lado, ofrece un lenguaje común para registrar y comunicar el comportamiento del niño entre los miembros del equipo y a lo largo de las visitas, permitiendo ver si mejora. Por otro, orienta la elección de la técnica: un niño en las categorías positi-

La técnica de siempre, en versión infantil

El Tell-Show-Do del cuaderno N° 5 es, en odontopediatría, la herramienta central: convierte lo desconocido —que asusta— en algo conocido y manejable.

- 1 **Decir, en su idioma.** Explica con palabras que el niño entienda y sin tono de aviso. La aspiración es «la pajita que bebe agua»; el espejo, «la cuchara para ver mejor».
- 2 **Mostrar, sobre su mano.** Deja que vea y toque el instrumento, pruébalo en su uña o en su dedo. Lo que se ha tocado una vez ya no da miedo.
- 3 **Hacer, sin sorpresas.** Haz exactamente lo que has anunciado y mostrado. La coherencia entre lo dicho y lo hecho es lo que construye la confianza del niño.

Recursos que funcionan

- **Modelado:** que vea a otro niño (o a un muñeco) hacerlo sin problema.
- **Distracción:** pantallas en el techo, música, contar juntos.
- **Refuerzo positivo:** celebrar cada paso superado.

Eufemismos útiles

- Limpieza → «ducha» o «cosquillas» para los dientes.
- Contar caries → «contar los dientes».
- Gel anestésico → «pintura mágica que duerme».



Con un niño, el juego es el método. Lo que para el adulto es información, para el niño es un cuento con final feliz que se cumple.

→ EL HILO

Y como en el adulto, las palabras que se eligen pueden abrir la boca del niño... o cerrarla.

vas responde bien a la guía básica, mientras que uno en las claramente negativas puede requerir un abordaje más estructurado o, en su caso, técnicas avanzadas. Evaluar la conducta con un instrumento validado, en lugar de por impresión, aporta a la odontopediatría el mismo rigor que las escalas de ansiedad aportan al manejo del adulto.

Decir-mostrar-hacer con niños

El decir-mostrar-hacer del cuaderno N° 5 es, en odontopediatría, la herramienta central, porque convierte lo desconocido —que asusta— en algo conocido y manejable. Sus tres tiempos se adaptan al niño con especial eficacia. Decir, en su idioma: explicar con palabras que el niño entienda y sin tono de aviso, convirtiendo el instrumento en un personaje amable —la pajita que bebe agua, la cuchara para ver mejor—. Mostrar, sobre su propia mano:

dejar que vea y toque el instrumento, probarlo en su uña o en su dedo, porque lo que se ha tocado una vez ya no da miedo. Y hacer, sin sorpresas: ejecutar exactamente lo que se ha anunciado y mostrado, porque la coherencia entre lo dicho y lo hecho es lo que construye la confianza del niño, que es aún más sensible que el adulto a la traición de una sorpresa. Con el niño, el juego es el método: la técnica no cambia respecto al adulto, cambia el registro con que se llena.

El control de la voz y el refuerzo

Con el niño aparece una herramienta que con el adulto apenas se usa: el control de la voz, entendido no como elevar el tono para imponerse, sino como modularlo. Una voz suave y firme guía; una voz alzada por los nervios asusta y desorganiza. El niño obedece más al cómo que

Las palabras también tienen edad

El glosario positivo del cuaderno N° 6 se traduce al lenguaje infantil. Y aparece una herramienta extra que con adultos no usamos: el control de la voz.

Mejor no decir

- «Pinchar», «aguja», «taladro», «sangre».
- «No te va a doler» (introduce el dolor).
- «Esto es rapidísimo» (si no lo es, rompe la confianza).

Mejor decir

- «Dormir el diente», «la pajita», «la ducha».
- «Vas a notar cosquillas / un poco de presión».
- «Lo haremos juntos y tú mandas: si quieres, paramos».

El control de la voz

Tono

Voz suave y firme para guiar; nunca elevada por nervios. El niño obedece más al cómo que al qué.

Ritmo

Frases cortas, pausas. Dar tiempo a procesar evita el bloqueo y la rabietta.

Premio verbal

«¡Qué bien lo estás haciendo!» en cada paso. El elogio concreto refuerza la conducta.

 **Con el niño, la voz es un instrumento clínico más: bien usada, sustituye a la fuerza y a la sujeción.**

→ EL HILO

¿Y la anestesia tópica del cuaderno anterior? También sirve en el niño —pero con una regla de seguridad que conviene decir con todas las letras.

al qué: capta la seguridad o la inseguridad del tono antes que el contenido de las palabras. Junto al control de la voz, el refuerzo verbal es especialmente potente en la infancia: el elogio concreto y descriptivo —«¡qué bien estás abriendo la boca!», «lo estás haciendo genial»— tras cada paso consolida la conducta deseada y motiva a repetirla. Bien empleada, la voz sustituye a la fuerza y a la sujeción: guía la conducta del niño sin coacción. Es, en sentido literal, un instrumento clínico más, y su manejo distingue una cita que termina en llanto de una que termina con el niño pidiendo una pegatina.

Las palabras del niño

El glosario positivo del cuaderno N° 6 se traduce al lenguaje infantil, con la misma lógica de evitar las palabras que siembran miedo. Con el niño hay que desterrar términos como «pinchar», «aguja», «taladro» o «sangre», que evocan amenaza directa, y sustituirlos por eufemismos

amables que reencuadran el procedimiento como algo manejable. Y hay que evitar, igual que con el adulto y por la misma razón, la trampa de la negación: «no te va a doler» introduce la palabra «doler» en la mente del niño, que retiene el sustantivo temido y descarta el «no». A esto se añade que, con el niño, el tono y el ritmo forman parte del vocabulario, transmitiendo que no hay peligro. Las palabras, con el niño, tienen edad: las mismas que tranquilizan a un adulto pueden asustar a un niño si no se traducen, y las mismas que asustan pueden desactivarse si se convierten en parte de un juego.

Los padres: transmisores

El miedo del padre se contagia al hijo, y no es una impresión clínica sino un hecho documentado. La ansiedad dental de padres e hijos correlaciona de forma consistente —en torno a 0,4 en estudios realizados en varios países europeos—, una asociación fuerte que indica que

La benzocaína en el niño: sí, pero con una edad

El tópico reduce el dolor del pinchazo también en niños. Pero la seguridad manda, y aquí la honestidad refuerza la marca en lugar de debilitarla.

Lo que sí: a partir de cierta edad

En escolares, la benzocaína al 20 % reduce el dolor de la inserción de la aguja, igual que en el adulto. Aplicada bien —secar, esperar, narrar— hace la inyección más llevadera y baja la ansiedad de la cita.

Lo que no: en los más pequeños

La FDA **contraindica** la benzocaína en menores de 2 años por riesgo de **metahemoglobinemia** (un trastorno raro pero grave). La ficha de Hurracaine es aún más prudente: **a partir de los 6 años**.



Decir abiertamente «por debajo de 6 años no usamos el gel» transmite criterio y seguridad. La herramienta del niño pequeño no es farmacológica: es conductual.

La regla práctica por edad

< 2 años

Nada de geles anestésicos de venta libre. Solo conducta, entorno y padres serenos.

2 – 6 años

Manejo conductual como herramienta central; benzocaína no, según ficha.

≥ 6 años

Conducta + tópico por protocolo, igual que en el adulto: lo mejor de los dos mundos.

→ EL HILO

Conducta a cualquier edad, tópico desde los seis: con eso se puede diseñar una primera visita feliz paso a paso.

muchos niños desarrollan el miedo antes de su primera visita, traído de casa. La transmisión es algo mayor por vía materna, aunque el padre también es transmisor. El mecanismo combina las vías vicaria e informativa: el niño lee la ansiedad del adulto —en su cara, en su tono, en su tensión en la sala de espera— y aprende de sus comentarios y advertencias. Este dato tiene una implicación clínica ineludible: no se puede tratar el miedo del niño ignorando al adulto que lo acompaña, porque a menudo el adulto es la fuente, y trabajar al niño exige, por tanto, trabajar también al padre.

Los padres: aliados

Si el padre es un transmisor del miedo, la estrategia correcta es convertirlo en aliado, porque un adulto sereno que confía en el equipo es la mitad del éxito de la primera visita. Esto requiere darle un papel y unas instrucciones.

La evidencia sobre la presencia o ausencia de los padres en el gabinete ha evolucionado con el tiempo hacia favorecer su presencia, siempre que se le asigne un rol adecuado: acompañar en calma y en silencio, sin interferir en la comunicación entre el clínico y el niño. Conviene indicar al padre qué es mejor que no diga —evitar las promesas de «no te va a doler», los relatos de sus propias experiencias, las advertencias— y pedirle que transmita tranquilidad y confianza. Reclutar al padre como co-terapeuta —informándole, tranquilizándolo y dándole un papel concreto— es una de las intervenciones de mayor rendimiento en la primera visita infantil.

Modelado y desensibilización infantil

El aprendizaje por observación es especialmente potente en la infancia, y el modelado es una de las herramientas más eficaces de la odontopediatría conductual. Los

El guión de una primera visita que sale bien

Reúne todo lo anterior en una secuencia. Si la primera cita termina con el niño sonriendo, el resto del trabajo será mucho más fácil.

- 1 **Recíbelo por su nombre y sin bata de amenaza.** La sala, los colores y el tono marcan antes de abrir la boca (cuaderno N° 4).
- 2 **El paseo.** Enseña el gabinete como quien enseña una nave: el sillón que sube y baja, la lámpara, «la pajita». Convertir lo raro en juego.
- 3 **Subir al sillón sin hacer nada.** Que se siente, que pruebe, que mande subir y bajar. El control en sus manos desactiva el miedo.
- 4 **«Contar los dientes».** Una exploración suave, narrada, sin tratamiento si no es urgente. La primera vez, conocer; curar, otro día.
- 5 **Cerrar con premio y con cita.** Un elogio sincero, una pegatina, y la próxima visita presentada como algo bueno que volverá a pasar.

★ *La meta de la primera visita no es limpiar ni curar: es que el niño **quiera volver**. Todo lo clínico cabe en las siguientes.*

→ EL HILO

*Un niño que **vuelve sin miedo** no es solo una buena cita: es un **paciente para treinta años** —y el origen de varios más.*

estudios clásicos de Melamed mostraron que el modelado —en vivo o filmado, incluso con un hermano mayor como modelo— reduce las conductas disruptivas: ver a otro niño pasar por la cita sin sufrir rebaja el miedo propio, porque ofrece una prueba vicaria de que el procedimiento es tolerable. A ello se suman otras herramientas de desensibilización: la imagen positiva previa a la visita, el decir-mostrar-hacer como microexposición graduada, y la reestructuración del recuerdo tras una cita difícil, orientando lo que queda grabado hacia la parte manejable. La desensibilización infantil no es distinta en su lógica de la del adulto; es más eficaz, porque se aplica antes de que el miedo se haya consolidado.

La primera visita feliz

Todo lo anterior se ordena en una secuencia para que la primera visita salga bien: si termina con el niño sonriendo, el resto del trabajo será mucho más fácil. Los pasos son cinco. Recibir al niño por su nombre y sin bata

de amenaza, cuidando que la sala, los colores y el tono marquen antes de abrir la boca. El paseo: enseñar el gabinete como quien enseña una nave —el sillón que sube y baja, la lámpara, «la pajita»—. Subir al sillón sin hacer nada: que el niño se siente, que pruebe, que mande subir y bajar; el control en sus manos desactiva el miedo. «Contar los dientes»: una exploración suave y narrada, sin tratamiento si no es urgente. Y cerrar con premio y con cita: un elogio sincero, una pegatina, y la próxima visita presentada como algo bueno que volverá a pasar. La meta de la primera visita no es limpiar ni curar, sino que el niño quiera volver; lo que no se recupera es una primera experiencia traumática.

Tópico en el niño, con cabeza

El tópico también sirve en el niño, pero la seguridad manda. En escolares, la benzocaína al 20 % reduce el dolor de la inserción de la aguja igual que en el adulto, siempre que se aplique con método —secar, esperar, narrar—.

El niño sin miedo es el adulto que sí va

La odontopediatría conductual no es solo buena clínica infantil: es la mejor inversión a largo plazo que puede hacer una consulta.

“ El adulto que evita al dentista casi siempre fue un niño al que el dentista dio miedo. Romper esa cadena en la infancia evita una vida de evitación.

SÍNTESIS DEL CURSO · SOBRE LA BASE DEL BARÓMETRO Y LA LITERATURA DE FORMACIÓN DENTAL

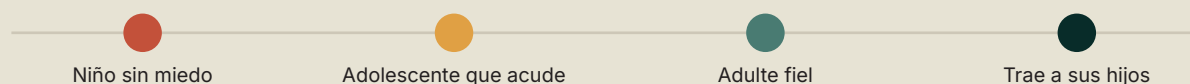
Para el paciente

Una infancia sin trauma dental se traduce en un adulto que acude con regularidad, previene y necesita menos tratamientos invasivos.

Para la clínica

Un paciente fiel desde niño llena la agenda durante décadas y trae a su familia. La prevención del miedo es prevención del abandono.

El círculo virtuoso, a 30 años vista



→ EL HILO

Para el tramo en que el tópico ya entra —de los seis años en adelante—, conviene saber con qué **formato** y para qué.

Pero en los más pequeños la prudencia es imperativa: la FDA contraindica la benzocaína por debajo de los 2 años por el riesgo de metahemoglobinemia, un trastorno raro pero potencialmente grave del que se han notificado alrededor de 400 casos. La ficha de Hurricaine es aún más prudente y limita su uso a partir de los 6 años. Decir abiertamente «por debajo de 6 años no usamos el gel» transmite criterio y seguridad. Por debajo de esa edad, la herramienta del manejo del niño no es farmacológica, sino conductual: el entorno, la palabra, el juego y unos padres serenos sustituyen al gel.

Dosis y seguridad del anestésico inyectable

La seguridad en el niño no se limita al tópico; se extiende, con especial rigor, al anestésico local inyectable, y conviene tenerlo presente en toda cita pediátrica. A diferencia del adulto, en el niño la dosis máxima de anestésico local debe calcularse en función del peso corporal, y

ese margen es más estrecho cuanto más pequeño es el paciente. Superar la dosis máxima ponderada por peso puede acercar al niño a niveles de toxicidad sistémica, un riesgo que el clínico debe vigilar activamente, sobre todo en tratamientos que abarcan varios dientes o cuadrantes. La combinación de tópico y anestésico inyectable exige vigilar la dosis total absorbida. Esta cautela, comunicada con transparencia al padre, refuerza la confianza en el equipo. Conocer y respetar las dosis máximas ponderadas por peso, y aplicar la cantidad mínima eficaz tanto del tópico como del inyectable, es la expresión práctica de que en el niño la seguridad manda por encima de cualquier otra consideración.

La inversión a 30 años

La odontopediatría conductual no es solo buena clínica infantil: es la mejor inversión a largo plazo que puede hacer una consulta. Una infancia sin trauma dental se tradu-

Hurricane en el niño: desde los seis años

Misma fórmula que en el adulto —benzocaína 200 mg/g, uso bucal— con la edad como única frontera y los mismos dos formatos.



50 ml

Bote airless

Para el puesto de higiene; dosis sin contacto, ágil en consultas con mucho paciente infantil.



30 ml

Tarro

Para el box y el uso puntual: punto de punción, afta, pequeña herida en el escolar.

Usos pediátricos (≥ 6 años)

- Antes de la inyección, en el punto de punción.
- Aftas y pequeñas llagas de la boca.
- Pequeñas heridas bucales y roce de aparatología.
- Molestia tras la caída o extracción de un diente.

La línea roja

Nada de uso en menores de 6 años ni para el **dolor de dentición** del bebé. Para eso, frío y masaje de encía. La benzocaína no es un producto de lactantes —y decirlo es parte del buen consejo.

≥ 6 años

200 mg/g

Uso bucal

Punto de punción

Aftas

No en dentición del bebé

Las siluetas son esquemáticas, en la paleta de la colección; no reproducen el etiquetado comercial. Consúltense siempre la ficha técnica y el prospecto vigentes para posología, edad mínima, contraindicaciones y advertencias.

ce en un adulto que acude con regularidad, que previene y que necesita menos tratamientos invasivos. Y un paciente fiel desde niño llena la agenda durante décadas y trae a su familia. La prevención del miedo es, en el fondo, prevención del abandono. El círculo virtuoso se dibuja a treinta años vista: niño sin miedo, adolescente que acude, adulto fiel que trae a sus propios hijos, y así sucesivamente. Frente a ello, el círculo vicioso es igual de largo: el adulto que evita al dentista casi siempre fue un niño al que el dentista se le asoció con el dolor. Para la clínica, invertir en primeras visitas felices y en manejo conductual del niño no es un gasto de rentabilidad diferida difusa, sino la siembra del paciente más valioso que existe: el que acude sin miedo durante toda su vida y arrastra tras de sí a su entorno familiar.

El tramo del tópico

Este cuaderno ha situado el manejo del niño en su lugar: sobre todo conductual en el más pequeño, y farmacológicamente asistido a partir de cierta edad. Para el tramo en que el tópico ya entra —de los seis años en adelante,

según la ficha de Hurricane—, conviene saber con qué formato se dispone y para qué indicaciones, integrando el gel en la misma secuencia de decir-mostrar-hacer y de palabras cuidadas que rige para el adulto. El niño sin miedo de hoy es el adulto que sí va mañana, y el recorrido que hemos descrito —primera visita temprana y feliz, padres aliados, técnicas conductuales, y el tópico con cabeza a partir de la edad indicada— es el que construye ese desenlace. De la odontopediatría, la colección se dirige hacia una mirada de conjunto: el recorrido completo del paciente, de la primera llamada a la revisión, diseñado punto por punto para que no quede ningún momento de miedo abandonado al azar. Ese es el asunto del cuaderno siguiente, que reúne todas las herramientas vistas y las ordena a lo largo del viaje del paciente.



Pon a prueba lo que has leído

1. ¿A qué edad recomiendan las academias la primera visita al dentista?

- ☐ A A los 6 años
- ☐ B Al primer diente o al año
- ☐ C Al empezar el colegio
- ☐ D Cuando duela

2. La ansiedad dental de padres e hijos...

- ☐ A No tiene relación
- ☐ B Correlaciona ($r \approx 0,4$)
- ☐ C Solo en adolescentes
- ☐ D Es casualidad

3. ¿Desde qué edad indica la ficha de Hurricaine el uso de benzocaína?

- ☐ A Desde el nacimiento
- ☐ B Desde los 2 años
- ☐ C Desde los 6 años
- ☐ D Sin límite

4. ¿Por qué no se usa benzocaína en menores de 2 años?

- ☐ A Sabe mal
- ☐ B Riesgo de metahemoglobinemia
- ☐ C Es cara
- ☐ D No hace efecto

5. En la primera visita de un niño, lo prioritario es...

- ☐ A Hacer todo el tratamiento
- ☐ B Que quiera volver
- ☐ C Ir rápido
- ☐ D Que no llore nunca

6. ¿Qué conviene que el padre evite decir?

- ☐ A «Lo haremos juntos»
- ☐ B «No te va a doler»
- ☐ C «Qué bien lo haces»
- ☐ D Estar en silencio

SOLUCIONES 1·B 2·C 3·B 4·B 5·B 6·B

Tres ideas de este cuaderno

- 1 El miedo se aprende **pronto**; la primera visita —idealmente al año y sin tratamiento— es la mejor prevención.
- 2 Los padres **transmiten su ansiedad** ($r \approx 0,4$): conviene convertirlos en aliados serenos, no en altavoces del miedo.
- 3 La benzocaína entra **a partir de los 6 años**; antes, la herramienta es la conducta. Decirlo da seguridad.

PRÓXIMO CUADERNO

El recorrido del paciente sin miedo

12

→ AVANCE

*Hemos recorrido la confianza, la palabra, el cuerpo, el dolor y al niño. El próximo cuaderno los **une todos** en un único protocolo: el viaje del paciente, de la llamada a la cita de revisión, sin un solo punto de miedo.*

SOBRE ESTOS CUADERNOS

Una colección formativa de **Hurricane · Clarben** sobre la relación con el paciente y el manejo del miedo dental. Pensados para leerse en cinco minutos y aplicarse al día siguiente —doce números, uno al mes, con la evidencia detrás de cada idea.

Gratis,
un número al mes
en tu clínica



**Inscríbete en el QR
para recibir todos los cuadernos**

BIBLIOGRAFÍA DE SOPORTE DE ESTE CUADERNO

American Academy of Pediatric Dentistry / ADA / AAP. Política sobre la primera visita (edad uno) y el dental home. · FDA, Drug Safety Communication (2018). Benzocaína y metahemoglobinemia; contraindicada en menores de 2 años. · Karkoutly M, et al. Topical anesthetics in inferior alveolar nerve block in schoolchildren. BDI Open, 2024. · Estudio en seis países europeos sobre ansiedad dental de padres e hijos (correlación $\approx 0,4$). · Barómetro de la Salud Bucodental en España.