



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

**Control del miedo y ansiedad del niño frente a la consulta
odontológica particular**

AUTOR:

María Isabel Terán Yopez

TUTOR:

Dr. Nicolás Llaguno

Guayaquil, Junio 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Control del miedo y ansiedad del niño frente a la consulta odontológica particular”

Presentado por:

Terán Yopez María Isabel

0927107391

Dr. Nicolás Llaguno

Dr. Miguel Álvarez

Tutor Académico

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, Junio 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual
del autor

María Isabel Terán Yepez

C.I. 0927107391

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios y a San Antonio que nunca me fallaron y siempre estuvieron conmigo en este largo camino, a mi abuela Mariana que desde el cielo me cuida y me protege, a mis padres por el apoyo incondicional y a mi novio quien siempre fue mi pilar fundamental, y todas aquellas personas especiales que permitieron lograr desde un principio este gran paso.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional.

Y por ultimo un especial agradecimiento a mi tutor de tesis el Dr. Nicolás Llaguno por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para este trabajo

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a Dios, mis padres, mis abuelos que están en el cielo, quienes desde temprana edad me inculcaron muchos valores morales y éticos y del superarse día a día, bajo los cuales dirijo mi vida, a mi novio quien ha estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	
Carta de aceptación de tutores.....	I
Autoría	II
Agradecimiento.....	III
Dedicatoria.....	IV
Índice	
general.....	V
Introducción.....	1
CAPITULO I.....	2
1. EL PROBLEMA.....	2
1. Planteamiento del problema.....	2
1.1. Preguntas de investigación.....	2
1.2. Objetivos.....	3
1.2.1. Objetivos Generales.....	3
1.2.2. Objetivos Específicos.....	3
1.3. Justificación de la investigación.....	3
1.4. Viabilidad.....	4
CAPITULO II.....	5
2. MARCO TEORICO.....	5
Antecedentes.....	5
2.1. Fundamentos Teóricos.....	8
2.1.1. Perfiles de conducta en las diferentes edades.....	8
2.1.2. Miedo.....	10
2.1.3. Ansiedad.....	11
2.1.3.1. Psicofisiologismo de la cavidad bucal.....	11.
2.1.4. Manejo de la ansiedad en odontología.....	12

2.1.4.1.	Técnicas farmacológicas y no farmacológicas	
	En odontología.....	12
2.1.4.2.	Manejo no farmacológico de la ansiedad.....	12
2.1.4.3.	Manejo farmacológico de la ansiedad.....	20
2.1.5.	Variables que influyen en la conducta del	
	Niño durante la atención odontológica.....	22
2.1.5.1.	Ambiente Odontológico.....	22
2.1.5.2.	Odontólogo.....	22
2.1.5.3.	Personal Auxiliar	23
2.1.5.4.	Padres.....	23
2.1.5.5.	Niños.....	23
2.1.6.	Técnicas aplicables en el niño durante	
	La consulta dental.....	24
2.1.6.1.	Uso de la imaginación y fantasía del niño.....	24
2.1.6.2.	Respeto a la dignidad del niño.....	24
2.1.6.3.	Uso del elogio.....	25
2.1.6.4.	Presentación de opciones.....	26
2.1.6.5.	Evaluación de resultados.....	26
2.1.6.6.	Autenticidad del aprecio.....	26
2.1.6.7.	Las reglas del juego.....	27
2.1.7.	Primera visita odontológica.....	28
2.1.8.	Diferentes tipos de comportamiento del niño	
	Y técnicas básicas para su manejo.....	28
2.1.9.	Algunos factores ambientales que producen	
	Conductas determinadas en la consulta.....	29
2.1.9.1.	La influencia de los padres.....	29
2.1.9.2.	La influencia en la escuela.....	31
2.1.9.3.	Antecedentes medico-dentales.....	32
2.1.9.4.	Refuerzo.....	32
2.1.10.	Éxito del tratamiento en odontopediatría.....	35

2.2. Elaboración de Hipótesis.....	35
2.3. Identificación de las variables.....	35
2.4. Operacionalización de las variables.....	36
CAPITULO III.....	37
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. Lugar de la investigación.....	37
3.2. Periodo de la investigación.....	37
3.3. Recursos Empleados.....	37
3.3.1. Talento Humano.....	37
3.3.2. Recursos Materiales.....	37
3.4. Universo y muestra.....	37.
3.5. Tipos de investigación.....	38
3.6. Diseño de la investigación.....	38
CAPITULO IV.....	39
4. Conclusiones y Recomendaciones.....	39
4.1. Conclusiones.....	39
4.2. Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43

INTRODUCCIÓN.

Con frecuencia atendemos pacientes; de diferentes edades y tipos; pero es algo completamente diferente cuando hablamos de niños; ya que esto requiere un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y fisiológico del niño. Al atenderlo necesitamos conocer las técnicas adecuadas que aplicaremos de manera aislada o simultánea de acuerdo al tipo de situación o al tipo de procedimiento que vayamos a realizar. Es importante reconocer la importancia que toma el padre de familia en el tratamiento y tratar de mantener esa interrelación; agregando a este binomio nuestro conocimiento y experiencia, convirtiéndolo en una triada: paciente-madre-odontólogo.

Existen muchas variables que tendremos en cuenta que van desde el miedo que se da en la sala de espera hasta el posible comportamiento ansioso durante la consulta, es de vital importancia lograr conservar la seguridad emocional del niño y toda la ayuda de la madre. Conociendo las adecuadas técnicas de modificación conductual, reforzando los comportamientos positivos y disminuyendo los que creen distracción y ansiedad, podremos llevar a cabo una consulta dinámica, en una atmósfera placentera y en el tiempo correcto.

Debemos estar preparados para atender todo tipo de paciente con diferentes tipos de personalidad y comprender la situación en la que se encuentran que puede generar problemas en el sistema estomatognático.

Debemos plantear el mejor tratamiento posible y ver siempre la posibilidad de aplicar una técnica alternativa para el manejo de conducta del paciente y observar el grado de repercusión en el control de las emociones del paciente.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El déficit de conocimientos y técnicas aplicables en los estudiantes de la facultad piloto de odontología, inciden en accidentes generando en la práctica dental fracasos en el pronóstico y tratamiento debido al nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cuál es la importancia del control del paciente odontopediátrico?
- Beneficios y ventajas del manejo del miedo y ansiedad en el paciente
- ¿Cuales son las técnicas y métodos ideales para tratar a un niño con miedo y ansiedad en la consulta odontológica?
- ¿El comportamiento de los padres y el profesional influyen en el niño?
- ¿El medio que rodea influye al paciente odontopediátrico?
- ¿Cuales son los tipos de miedo y ansiedad que existen?
- ¿El comportamiento negativo influye perjudicialmente al sistema estomatognático?
- ¿Qué tipo de lenguaje se debe utilizar en este tipo de pacientes?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar estrategias y técnicas de medición de conducta en niños que permita al profesional en general conseguir comportamientos eficaces y satisfactorios en la Facultad Piloto de Odontología en el año 2011.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la presencia del miedo y la ansiedad al tratamiento estomatológico según edad y sexo.

Identificar la etiología del miedo y la ansiedad.

Precisar las características clínicas ante el miedo y la ansiedad.

Reconocer situaciones y estilos de personalidad, que pueden determinar un trabajo colaborativo o conflictivo en la relación con el niño.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Este trabajo de investigación trata de un estudio sobre los niveles de miedo y ansiedad del niño para así evitar fracasos múltiples y mantener el manejo adecuado, la respuesta al tratamiento dental del niño afecta el comportamiento emocional, al generar comúnmente estrés que proviene del miedo y la ansiedad que se tiene a lo desconocido por lo que se exige últimamente la participación de los padres en el proceso de atención dental dándole confianza al niño previa aprobación del tratamiento indicado y de la cual se establecerá el número de visitas asignadas, el cual basándose en una buena relación paciente/odontólogo dependiendo del comportamiento del niño se pueden utilizar métodos adecuados de manejo, en esta investigación se busca que el niño sea un buen paciente ahora hasta su adultez y lograr una excelente salud integral del niño además que se cumpla con los fines de la Odontopediatria.

Esta investigación es de mucha utilidad para los alumnos de la Facultad de Odontología que se encuentren frente con este tipo de pacientes y así aplicar las mejores técnicas de una manera correcta y eficaz.

Esta investigación se realizara para conocer el nivel de ansiedad y así poder tener una base para futuros estudios sobre este tema y de esta manera entender mejor a nuestros pacientes y brindar una mejor tratamiento.

Una de las áreas que proveen mayor recompensa en odontología es la conducción exitosa de un niño, ya que la primera experiencia de estos deja a menudo una impresión indeleble. El momento más adecuado para elaborar una imagen adeudada de la odontología, es la infancia, cuando es posible reducir los sentimientos negativos e incluso hostiles hacia el dentista, formando así una base para futuras interacciones positivas.

Los niños al igual que cualquier persona reaccionan con miedo ante cualquier situación de peligro o alerta en la que se encuentren y es por eso que se debe tener especial cuidado a la hora de tratarlos.

Ya que los niños no solo van a venir con su temor a lo desconocido (el dentista) sino que también algunos de los padres suponen como una dificultad a la hora de tratarlos de no querer que les hagan daños a sus niños.

Para lo cual hay que aprender a tratar con ellos antes de tratar al niño y mantenerlos al tanto de los tratamientos de sus hijos para así poder ganar su confianza y a la vez la de sus hijos.

Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del dentista es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba.

De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación, proceso no muy bien comprendido inicialmente por los dentistas que trataban niños, los cuales recomiendan técnicas que, a modo de recetas, buscan la producción de mejoramientos en el comportamiento de sus pacientes. Variando de actitudes permisivas a rígidas y disciplinarias, como se ha visto en desarrollo emocional, la primera forma de comunicación del niño es el llanto.

1.5 VIABILIDAD

Este proyecto ha de ser viable debido a que se cuenta con los recursos necesarios entre los que tenemos: los recursos humanos, económicos, materiales, tiempo y de información, llevándose a cabo en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, logrando así conseguir los fines programados.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca. No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

No es desconocido que Freud asignó a la boca una función primordial en el desarrollo psicosexual de la persona. La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y a través de ella el nuevo ser obtiene la primera experiencia del sí mismo, que indeleblemente permanecerá como núcleo central en la estructura de la personalidad futura. Freud la describió como la fase oral, la cual es seguida por la fase anal y posteriormente por la fase genital. Esta fase oral dura aproximadamente hasta el año y medio de edad y se caracteriza por el chupeteo de los objetos, como modo de conocimiento del mundo externo.

La boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se toma el gusto al mundo que nos rodea.

En la investigación titulada “Neurociencia cognitiva y afectiva: implicancia de las teorías del apego y de la autorregulación en la práctica clínica de la odontología para niños”, publicada en el 2006; destaca la importancia de la relación madre – hijo durante la consulta odontológica. Se propone al afecto como vinculo entre los padres y niños, cuyo fin seria proteger a los niños del peligro, brindándoles seguridad.

En la fase oral la boca es fuente de placer al realizar el acto de succión del pezón materno, en una primera fase el pecho de la madre se percibe como indiferenciado de sí mismo pues el lactante percibe que él y su entorno son una misma cosa. Sin embargo, en un momento posterior el niño constatará que el pecho materno está separado de él, generando así la primera frustración y la primera percepción de un mundo diferenciado de él mismo. Por lo tanto esta experiencia, relación niño-pecho materno, implica un modo de relación con el mundo externo, físico y social. Por lo mismo cualquier disturbio en esta fase, ya sea por exceso o falta de gratificación, se relacionará con un modo poco adaptado de "ser en el mundo". Así en personas con fijaciones en la fase oral, la zona bucal queda revestida de una carga emocional excesivamente elevada, llevándolos a necesidades de satisfacción inacabables. Estas personas se caracterizarán por constantes quejas, náuseas y asco.

Emocionalmente son personas exigentes, dominantes, codiciosas o dependientes.

Más allá de la presencia de alteraciones del desarrollo en la fase oral, lo relevante es comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano, de alguna forma en ella estamos íntegramente representados y se devela nuestra intimidad. En el mismo artículo se discute la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los procedimientos dolorosos. De este modo, una de las hipótesis que se maneja es que esos pacientes son hipersensibles al dolor en general, sin embargo otros estudios citados por Scott y Hirschman indican que la baja tolerancia al dolor es específica al tratamiento dental. Por otro lado algunos investigadores han propuesto que la ansiedad dental es sólo una faceta de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diversas maneras.

Al respecto Gale diseñó una escala que le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes. Al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más

puntaje, resultaron como las más de temer; la extracción dentaria, el fresado dental y una mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente, superando esta última al hecho de sostener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente. Gale señala que se debe tener muy en cuenta que la actitud del dentista hacia el paciente condiciona mucho la actitud de éste hacia el cuidado de la salud bucal y hacia el dentista en particular y al respecto señala que una crítica hacia las condiciones de la boca es percibida por el paciente. Es importante comprender que a pesar de la existencia de leyes básicas de crecimiento y desarrollo, explica las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias individuales notables, producto de los diferentes resultados de la interacción de cada individuo con su entorno externo, interno y social.

Aun así, el dentista debería estar capacitado para medir la habilidad de su paciente para manejar situaciones nuevas y su disposición para adaptarse, y cooperar a las diversas actividades.

En esta edad el niño tiene una autonomía muy limitada y la unión formada por él y su madre es muy estrecha, sus contacto con personas ajenas a su familia son escasos, el desarrollo de su lenguaje no es adecuado como para comprender situaciones no domesticas; por otra parte, tiene temor a personas desconocidas o a ser separado de su mamá. Es muy comprensible entonces que exprese resistencia y llanto ante el intento del dentista a examinarlo y que no responda a solicitudes verbales, tranquilizadoras o no. En esta situación así, el dentista debería examinar al niño en brazos de su madre y no esperar que sus explicaciones sean entendidas por el menor. Esto evita asumir conductas restrictivas o expresar frustración, al reconocer anticipadamente las limitaciones.

El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 PERFILES DE CONDUCTA EN LAS DIFERENTES EDADES

La identificación de los logros alcanzados por el niño constituye la base de la evaluación del desarrollo. La falta de determinado logro puede significar un factor de riesgo y su detección precoz permite aprovechar esa oportunidad muchas veces breve de compensación. La actividad psíquica se inicia desde la gestación.

Los nueve meses de vida intrauterina son de gran contenido psicológico. El período o etapa oral se inicia al nacer y se extiende hasta los dos años y medio de edad, aunque el reflejo de succión comienza en la vida intrauterina.

El niño de **dos años de edad** ha crecido mucho y ha hecho grandes logros, por ejemplo: controla los esfínteres.

Desde el punto de vista odontológico se encuentra completando su dentición caduca, es capaz de usar el cepillo de dientes porque domina la prensión voluntaria dígito-palmar, desarrolla destrezas manuales de cierta complejidad y puede comprender órdenes sencillas. Es una edad, según Gesell, de equilibrio, si siguiera toda la vida así no crecería.

A los **dos años y medio** se produce un marcado desequilibrio de la conducta ya que a esta edad descubren la doble opción, por lo que a esta etapa Gesell la llama de la doble vía. El niño sabe que se puede poner el buzo azul o el rojo. Descubre que hay dos posibilidades por lo menos, pero no puede todavía elegir, porque no tiene desarrollada la capacidad inhibitoria del saber que si elige algo, pierde siempre lo otro.

A los **tres años de edad**, la conducta vuelve a balancearse y Gesell lo llama el "delicioso 3 años", que está dispuesto siempre a agradar al adulto. Es la edad de la socialización. Desarrolla gran autonomía y habilidad para las tareas cotidianas. Comienza a vestirse solo y a comer con cierta prolijidad. Disfruta de los juegos colectivos, comprende órdenes complejas y conoce su sexo.

Entre los dos y los cuatro años de edad se desarrolla la niñez temprana y es a los tres o tres años y medio que se produce el denominado destete emocional, por lo cual el niño puede permanecer separado de sus padres por un tiempo no muy prolongado.

Tienen temor a las heridas corporales por lo que se debe evitar palabras como "dolor" o "pinchar". Las consultas deben ser breves. Responden a órdenes sencillas siempre que se les de una por vez. No distinguen fantasía de realidad, lo cual obliga a explicarles que en el consultorio nada es mágico y todo es manejado por el profesional.

La palabra debe preceder a nuestra acción: "decir, mostrar y hacer" A los **cuatro años y medio de edad** vuelve otra vez la conducta a desequilibrarse, Gesell las llama edades internalizadas, neuróticas, muy difíciles. Los niños en la etapa preescolar tocan, manipulan y exploran todo, acostumbran traer sus juguetes preferidos a la consulta, lo que exige tener especial cuidado con la cadena aséptica en el consultorio.

A los **cinco años de edad** vuelve otra vez a equilibrarse la conducta, terminó la pre escolaridad, ya está superando el complejo de Edipo, empieza el recambio dentario, comienza la actividad escolar, es una edad de mucho orgullo, es el "ciudadano del mundo" y dice: "tengo 5 años". Es muy sensible a las alabanzas, tiene una gran estabilidad emocional.

El escolar (de 6 a 9 años de edad) ha aprendido mucho y su "mundo" se ha ampliado considerablemente.

Es una edad de asimilación.

Es muy susceptible al elogio y sensible a la desaprobación.

Puede permanecer en la misma posición por períodos más prolongados de tiempo.

Comprende lo que el odontólogo hace y puede levantar la mano para indicar cuando algo le molesta, señal que el profesional debe respetar.

El pre adolescente (9 a 12 años de edad) se interesa por los problemas sociales y los comprende. Tiene resistencia al baño diario y por extensión a la higiene bucal. Ha dejado de ser niño y no debe ser tratado como tal.

Es responsable, admite que no se está realizando el cepillado bucal con la frecuencia necesaria ya que generalmente ingiere alimentos a toda hora sin lograr la correcta relación ingesta-higiene.

El **adolescente (12 años a la edad adulta)** se caracteriza por una tendencia a la aparición de reacciones emocionales desequilibradas. Se convierte en un período de exploración y cambios crecientes impulsándolos hacia la independencia y responsabilidad, los cuales son indicadores de madurez.

Se deben identificar los factores de riesgo ya sea de los microambientes (pares) o del entorno social, reconociendo que los hábitos de vida que se adquieren a esta edad influyen decisivamente en el desarrollo futuro de los jóvenes.

2.1.2 MIEDO

El temor o miedo se define como la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física de dolor.

Aunque el temor y dolor son desagradables sirven asimismo como medio de alarma y han ayudado a la especie humana al auto conservación Algunos temores aparecen a determinadas edades, se denominan miedos del desarrollo. Los miedos de un individuo no son los mismos a través de las diversas etapas de la vida, sino que se modifican con el desarrollo físico. Y mental. Se observa claramente que lo que asusta a un niño de dos años de edad, puede no asustar a uno de seis años.

Se observa claramente que lo que asusta a un niño de dos años de edad, puede no asustar a uno de seis años.

Los niños tienen un intenso miedo a lo desconocido e inesperado, esto es importante desde el punto de vista del rol del odontólogo y su repercusión clínica.

Siguiendo la descripción de Sydney Finn, se reconocen dos tipos de miedos o temores:

Temor objetivo: es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales en contacto físico con la experiencia.

Temor subjetivo: se genera por sentimientos y actitudes sugeridas al niño por quienes lo rodean, sin necesidad de que él mismo haya padecido el incidente en lo personal, es por esto que se debe valorar la conveniencia o no de la presencia del acompañante en la consulta odontopediátrica.

Por lo general, la edad es la delimitadora de lo que produce temor.

Jersild y Holmes afirman que el promedio de

temor desciende de los tres a seis años de edad debido a:

Comprensión de que no hay por qué temer

Presión social para ocultar el temor

Imitación social.

Orientación de los adultos (familia, el profesional)

grado de maduración psicósomática (el profesional debe reconocerla)

2.1.3 ANSIEDAD

La ansiedad corresponde a un estado emocional originado en fuentes internas tales como fantasías y expectativas no reales. La mente infantil tiene una mayor influencia de los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y presenta una tendencia superior a sufrir ansiedad.

2.1.3.1 Psicofisiologismo de la cavidad bucal

La relación del odontopediatra con el paciente niño o adolescente llega a ser muy profunda y un componente fundamental para el establecimiento de este nexo es esencialmente la zona de acción directa del odontólogo, es decir “la cavidad bucal” y la importancia que ella tiene en el desarrollo psico-emocional del individuo.

El rol del odontólogo que atiende niños y adolescentes es prevenir, controlar y curar las enfermedades de la cavidad bucal cuidando que las consecuencias de sus acciones no generen iatrogenia tanto en sus constituyentes físicos (estructuras en crecimiento, gérmenes dentarios en formación, articulaciones témporo-mandibulares, etc.) como en su personalidad. Por ello, estar preparado para la atención de la salud de niños y adolescentes significa entender comprender y conocer sus particularidades e incursionar en otras áreas, como ser, el profundizar en

algunos aspectos de la psicología que permitan comprender la conducta de los pacientes.

2.1.4 MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ODONTOLOGÍA

Existen diversas formas para el tratamiento de la ansiedad; la elegida debe adecuarse a su severidad. Muchos pacientes logran vencerla a través de una simple conversación con el dentista aclarando la causa de su temor; en otras ocasiones es necesaria la participación de profesionales del área de la salud mental a fin de evaluar al paciente y prepararlo adecuadamente para su atención.

2.1.4.1 Técnicas Farmacológicas y No Farmacológicas

Técnicas no farmacológicas:

Decir- Mostrar- Hacer

Control de la Voz

Terapéutica de distracción y atención

Refuerzo positivo y negativo

Modelado

Comunicación no verbal

Técnicas Farmacológicas

Oral

Inhalatoria

Endovenosa

Mixta

2.1.4.2 Manejo no farmacológico de la ansiedad

Las técnicas no farmacológicas en el manejo de la ansiedad, están especialmente indicadas en niños. Con el objetivo de lograr un adecuado soporte afectivo, es necesario utilizar un manejo cuidadoso de la comunicación, que permita crear un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos del paciente, su cooperación y compromiso con las metas del tratamiento que con él, y sus padres se hayan propuesto.

Los objetivos de estas técnicas son:

Promover el bienestar y la seguridad del paciente

Facilitar la entrega de calidad en la atención.

Minimizar los efectos del comportamiento negativo.

Promover acondicionamiento psicológico positivo al tratamiento. Las técnicas no farmacológicas son muy beneficiosas para pacientes cooperadores.

El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje.

Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad. Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones.

Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones.

Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a una niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol. Las principales técnicas son:

- a) Desensibilización: técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque

Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar.

b) Modelamiento: cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.

c) Reforzamiento Positivo: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender.

Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales.

a) Refuerzo positivo: El refuerzo es algo que nos agrada. Puede consistir en elogios, alabanzas, frases de ánimo, felicitaciones, expresiones faciales, contacto físico, escuchar con atención (reforzadores sociales); también pueden ser reforzadores materiales, productos consumibles como chicles, chocolate, refrescos. Artículos manipulables como discos, balones, juguetes, o cualquier objeto que sea gratificante para el niño. Podemos reforzarle también permitiéndole realizar actividades placenteras para él como ver la tele, jugar a la videoconsola, incluso actividades compartidas como leerle un cuento, pasar rato con los amigos, ir al cine, etc.(Ver grafico.4)

Para utilizar el método del refuerzo, en primer lugar hay que conocer qué cosas son reforzantes para el niño/a (si regalo un libro a alguien al que no le gusta leer no lo recibirá como premio) y qué conducta en concreto queremos reforzar, proporcionando este refuerzo de forma inmediata siempre que se de la conducta deseada. No obstante, a medida que el niño la vaya adquiriendo, la propia ejecución de la conducta será reforzante en sí misma y no será necesario recompensarla continuamente.

Debemos pactar también con el niño y de antemano qué necesita hacer para conseguir el punto/ficha y lo que obtendrá por su realización, en

función de lo costosas que sean las conductas, así como la frecuencia, y momento del cambio.

b) El refuerzo negativo.

Consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable eliminando algo que resulta molesto al sujeto, siempre que obre correctamente. Este refuerzo debe ser también lo más inmediato posible a la conducta deseada. Su aplicación puede ser de manera continua o intermitente (la primera es más eficaz que la última).

En la literatura aparecen una serie de trastornos psicológicos como consecuencia de esta situación. Síntomas de intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, miedo, temor, dificultades para concentrarse, depresión, suicidio, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, problemas de salud, etc.

En cuanto a los trastornos relacionales, los niños sufren un embotamiento de su capacidad de respuesta ante el medio externo, una sensación de distanciamiento respecto a los demás y una constricción del afecto. Todo ello forma parte de lo que conocemos como el trauma de la infancia, que parece ser uno de los factores etiológicos cruciales en el desarrollo de un número de serios desórdenes.

El trauma de la infancia es el resultado mental de un factor o suceso brusco, que se encuentra por encima de los márgenes habituales y tolerables por el paciente, y que hace que la persona se sienta temporalmente indefensa y que provoca una ruptura en sus mecanismos de defensa.

El factor o suceso del cual es víctima el paciente es siempre de origen externo, no tiene nada que ver con el perfil psicológico del mismo.

No se incluye sólo como factor traumático aquel que actúa de manera brusca y repentina, sino también aquel que se produce de manera brusca pero prolongada y repetitiva, provocando un malestar anticipatorio.

Ante un ambiente, gesto o acción determinados, que le recuerden el episodio, el niño puede experimentar un malestar psicológico intenso o

una respuesta de tipo fisiológico (activación), con palpitaciones, xerostomía, sudoración, hipervigilancia, ataques de ira, etc.

c) Decir-mostrar-hacer

En esta técnica el dentista le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al dentista actuando la situación) para después hacerlo. Se deben dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del paciente.

El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta.

Está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el dentista trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos. Una opción inicial es mostrar cómo debe llevarse a cabo la profilaxis y mostrar el cepillo especial y cómo gira la pieza de mano. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente. Las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente y causar ansiedad. Los tratamientos se deben hacer de manera sencilla y casual.

d) Distracción - voz distracción

Esta técnica es útil para desviar la atención del paciente de las incomodidades que pueda percibir en el procedimiento. El objetivo es disminuir la probabilidad de percepción de un suceso desagradable que pueda suceder. Está indicado para cualquier paciente y no tiene ninguna contraindicación.

Estas estrategias tienen el objetivo de llamar la atención del niño y de estimular su imaginación con la finalidad de abstraerlos del procedimiento odontológico.

Para eso se utilizan muñecos educativos u objetos inanimados (recomendado para preescolares), uso de videos de dibujos animados o Video Games, contar cuentos o historias, conversar con la madre durante el tratamiento del niño sobre la vida diaria de éste (amigos, juegos

favoritos, animales preferidos, etc.). La distracción es probablemente la técnica más efectiva cuando la ansiedad del niño es leve.

e) Inhibición latente

Es otro principio importante del acondicionamiento, que tiene como objetivo organizar el tratamiento odontológico iniciándose con procedimientos más simples. Los estudios han mostrado que historias de experiencias odontológicas positivas o neutrales pueden servir como defensa contra el desarrollo de experiencias o asociaciones traumáticas, Contra el desarrollo de miedos severos o fobias (Teoría de la Inhibición Latente). Esta teoría implica el inicio de la historia del tratamiento del niño con una o dos consulta(s) de evaluación clínica, orientación de dieta e higiene, profilaxis y flúor, etc. (procedimientos no-curativos), ya que, por el hecho de no realizar ninguna intervención invasiva previa, se ayudaría al niño a enfrentar más adecuadamente futuras consultas potencialmente invasivas (curativas). La implementación de este principio de "inhibición latente" es importante para la prevención del miedo dental y debe ser incorporado en el plan global de tratamiento.

f) Control de la voz

Con esta técnica, mejor aceptada que la restricción física, la atención del niño se gana con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para ganar el mando. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, pero que es comunicativo. Sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional.

g) Comunicación no-verbal

Consiste en transmitir refuerzo y guiar la conducta mediante el contacto, la postura y las expresiones faciales. Hay autores que sugieren que sólo del 35% de la relación social se establece por componentes verbales mientras que más del 65% se transmite por comunicación implícita. Puede ser mediante gestos con manos, brazos y movimientos de cuerpo

y piernas. El principal objetivo es favorecer la eficacia de otras técnicas de control comunicativas, obtener o mantener la atención y obediencia del paciente. Está indicada en cualquier paciente y no tiene contraindicaciones.

h) Modelado

Debido a la limitación de ciertas técnicas en el manejo de la conducta para obtener resultados favorables en niños con problemas de comportamiento, se han sugerido nuevas alternativas como modelado en vivo y video por ser técnicas comunicativas que crean un ambiente más favorable para el éxito del tratamiento.

En Odontología, la técnica de Modelado consiste en permitir al niño observar a otros niños adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarles lo que se espera de ellos. No se requiere características especiales para realizar la técnica, no influye el sexo o raza, pero si la edad y la experiencia previa. Se ha demostrado que el modelado reduce el temor en niños y niñas entre 3 y 13 años de edad. Los niños con experiencia odontológica previa han mostrado beneficiarse menos con la técnica que aquellos que no la han tenido. Sin embargo, el modelado en combinación con otras técnicas como decir-mostrar-hacer, o refuerzo positivo, si parece ser efectivo.

i) Distracción Contingente:

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias, puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos, los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarla en conjunción con Decir-Mostrar-Hacer antes de iniciar el tratamiento con el objeto de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.

Objetivo: Distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir su ansiedad.

Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente.

Contraindicaciones: No está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

j) Escape Contingente:

Se busca que el paciente tenga control de la situación de modo que con una indicación suya, como por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento de modo que el odontólogo tenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea el apropiado.

Objetivo: Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente.

Indicaciones: Pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica.

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender el objetivo de la técnica debido a su corta edad, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal.

k) Tiempo y Fuera:

Es una variación del esfuerzo negativo para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento en la misma cita o dar por terminada la cita y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando este preparado para cooperar. Esta técnica sólo debe utilizarse en situaciones muy específicas donde hay un alto grado de desarrollo emocional y un pleno entendimiento y cooperación por parte de los padres.

Objetivo: Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente de modo que el tratamiento se condicione a su propia voluntad de cooperar.

Indicaciones: Pacientes pre-adolescentes y adolescentes.

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender la técnica debido a su corta edad e inmadurez emocional.

2.1.4.3 Manejo farmacológico de la ansiedad

Pese a no existir buena calidad de evidencia científica, ni haber sido posible realizar meta-análisis sobre sedación en la atención odontológica, debido a que los datos disponibles no entregan descripción adecuada de los resultados de los numerosos estudios realizados, se ha decidido normar la sedación como método farmacológico para controlar la ansiedad en la atención odontológica basados en la numerosa experiencia acumulada según el o los fármacos empleados y sus dosis se producirán cambios, entre otros en: la actividad cortical, motora, del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo originando ansiolisis, sedación de distintos grados y en último término anestesia general, acompañados de diversos cambios fisiológicos.

La respuesta es variable de paciente en paciente y es posible y apropiado caracterizar algunos grados de ansiolisis y sedación.

Niveles de sedación:

Nivel mínimo (Ansiolisis)

Nivel moderado o medio (Sedación moderada)

Nivel profundo (Sedación profunda / Anestesia General)

a) Nivel Mínimo: Sedación mínima o ansiolisis pura:

Se obtiene mediante una de las siguientes vías :A.= Administración de menos del 50% de óxido nitroso en oxígeno, sin adicionar otra medicación sedante o analgésico por ninguna otra vía, o bien administración única de un sedante oral, administrado en dosis apropiada para el tratamiento no supervisado de ansiedad o dolor. (ver grafico.2)

En la atención dental se requiere asociar el uso de anestésicos locales o tópicos, siempre que se enfrenten procedimientos potencialmente dolorosos.

Se define como un estado inducido por un fármaco con el cual se obtiene un grado menor de depresión de la conciencia, donde los pacientes responden normalmente a los órdenes verbales.

No hay compromiso importante de las funciones cognitivas ni de la memoria; la actividad motora, refleja y cardiorrespiratoria permanecen indemnes.

b) Nivel Medio (Sedación moderada):

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por drogas, en el cual el paciente es capaz de responder adecuadamente a estímulos verbales solos o acompañados de estimulación táctil leve.

La evitación refleja, desencadenado por un estímulo doloroso, es diferente a lo que en esta definición se entiende como respuesta adecuada al estímulo. En este tipo de sedación el paciente no requiere intervención alguna para mantener la vía aérea y la función respiratoria y cardiovascular permanecen indemnes.

Este nivel de sedación en odontología se usa en pacientes cuyo nivel de ansiedad supera lo controlable con sedación mínima. Debemos considerar que en ocasiones, en estos pacientes se produce agitación paradójica que los hace inmanejables. Las técnicas de sedación moderada que se emplean con más frecuencia en Odontología, son:

Oral

Inhalatoria

Parenteral

Combinación de métodos Como regla general debe ser usada la técnica más simple con la cual se obtengan los requerimientos deseados.

c) Nivel Profundo / Anestesia General

El grado de depresión de la conciencia es mayor. Se logra obtener respuestas adecuadas, con estimulación verbal y/o táctil importante. El límite entre el nivel de sedación profundo y la anestesia general es muy sutil, por lo que se ha adoptado esta denominación compuesta. En esta condición puede haber compromiso de reflejos protectores de la vía aérea y algún grado de depresión respiratoria. La función cardiovascular tiende a mantenerse constante.

2.1.5 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:

Ambiente odontológico

Odontólogo

Personal Auxiliar

Padres

Niños

Primera visita odontológica

2.1.5.1 Ambiente odontológico:

Para el niño, este ambiente contienen una serie de eventos aversivos tales como gente desconocida, procedimientos extraños y maquinas atemorizantes. investigaciones han comprobado que los niños inmersos en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad, es por ello que debemos atenuar los posibles elementos generadores de la misma y convertir el consultorio en una escenario agradable, donde el niño se sienta seguro.

a) Sala de espera:

Debe ser luminosa, agradable y cálida, el niño debe sentirse relajado; podemos tener cuentos, creyones y libros para pintar, juguetes, mesas y sillas pequeñas, peceras, televisión con juegos recreativos y música relajante para cubrir ruidos propios del consultorio.

b) Consultorio:

los lineamientos son los mismos que los de la sala de espera, debemos suavizar la impresión clínica manteniendo fuera de vista instrumentos, aparatos y jeringas. Colocar cuadros, adornos, carteleras con dibujos infantiles, etc

2.1.5.2 Odontólogo

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, establecer comunicación. Ya que esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento.(ver grafico.3)

El lenguaje a usar por el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento exitoso y llevar al paciente a una buena adaptación.

En síntesis, se requiere en el tratamiento con el niño crear una atmósfera de confianza en un ambiente placentero.

2.1.5.3 Personal Auxiliar

La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener apariencia agradable

2.1.5.4 Padres

La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones.

Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobreindulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.

2.1.5.5 Niños

Para lograr el tratamiento dental del niño en la consulta odontológica, debe comprenderse su conducta, por ello, es importante conocer las etapas de crecimiento de éstos y la actitud que los padres tienen con sus

hijos.

La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño. Una buena guía es la señalada por Magnusson en su libro de texto, en donde refieren el perfil de maduración de los años preescolares señalados por años.

2.1.6 TÉCNICAS APLICABLES EN EL NIÑO DURANTE LA CONSULTA DENTAL.

2.1.6.1 Uso de la imaginación y la fantasía del niño

Para el niño que con su conducta ha hecho obvio que no quiere ser atendido, se le puede decir que al dentista le agradecería no tener que hacer nada, que sería mejor que estuviera jugando con sus amigos, o tener el poder de eliminar sus problemas con solo desearlo. Puede comentársele que sería agradable.

Todas estas observaciones son cosas que el niño sabe bien y puede concluir que estaría en el ánimo del dentista no hacer nada si esto fuera posible. Al desear por él lo que quiere, se comunica la comprensión del dentista, a pesar de no poder acceder a evitar la experiencia. En resumen, se le da al niño en fantasía en lo que no puede dársele en realidad.

2.1.6.2 El respeto a la dignidad del niño

Cuando el dentista esta frente a pacientes adultos son rutinarias las muestras de cortesía y estas deberían ser igualmente de rutina con el paciente infantil. Todas las solicitudes deberían ser hechas "por favor", y si el niño responde, seguidas de "gracias". Se le puede extender la mano para ayudar al niño a bajar del sillón y permitirle expresar opiniones y sentimientos dentro de posibilidades razonables. Básicamente, se desea que se comporten como adultos tratándoles con el respeto correspondiente. Es recuente ver conducirse bien a un niño solo porque ha sido tratado deferencia; este suele apreciar el respeto y se esfuerza por no arriesgar la perdida de esta relación.

2.1.6.3 El uso del elogio

Nuestra cultura está condicionada contra el elogio directo y hay una presión fuerte para ser modesto en la expresión de relaciones o autoimagen. Por esto el elogio directo puede resultar incómodo para un niño, puede además estar en conflicto con opiniones anteriores; si se le dice que es valiente antes de haberlo probado y se le ha descrito en el colegio como cobarde, hay presente una contradicción obvia, alguien está equivocado, o miente. Una manera de evitar esta situación es describir la conducta del niño de tal modo de que él saque sus propias conclusiones: "hoy me has ayudado mucho", "te agradezco que te hayas portado tan bien". En ocasiones pareciera que si los padres no demostraran una tremenda emoción al terminar la sesión, abrazando comportaría mejor en la próxima oportunidad. Si es recibido en la sala de espera como si hubiera escapado ileso de una situación del más alto riesgo, es probable que intuya que efectivamente la relación con el dentista tiene un elevado grado de peligrosidad, y presente, en consecuencia, una conducta inapropiada.

La conducta de los padres en estas ocasiones puede ser modificada al explicar por qué se le pide naturalidad y sobriedad al recibir al niño. Si se les invita a verlo a mitad del tratamiento, cuando el niño está tranquilo, podría disminuir su ansiedad, al constatar que el hijo está cómodo y relajado y no soporta sacrificio sobrehumano; se hace así menos probable que lo acojan, a la salida del consultorio, como un prisionero de guerra de regreso a casa.

El principio más importante es que el elogio de relacione con los esfuerzos y logros del niño y no con su carácter y personalidad. Los comentarios deben ser hechos de manera que este pueda deducir de ellos características positivas en su comportamiento y capacidad de adaptación.

Se había propuesto que la autoestima no sería un factor determinante en la infancia temprana, sin embargo se ha descrito la importancia de la

estética aun para niños de corta edad. Lo cual es un elemento digno de consideración.

2.1.6.4 Presentación de opciones

En general, a todos los niños debería permitírseles algún grado de control sobre las modalidades del tratamiento, ofrece examinar la arcada superior o inferior, descansar un mínimo, o continuar, etc.; permite al paciente participar de un modo activo en la secuencia de acciones que se cumple en su boca y le informa que él sigue existiendo como persona para el profesional que lo atiende.

Cuando el niño llega a la consulta es confrontado con muchas opciones; si se puede elegir entre algunas, se afirmara su confianza en su capacidad para resolverlas y se hará participe de un tratamiento que, para tener éxito, necesita ciertamente del concurso mutuo de profesional y paciente.

2.1.6.5 Evaluación de resultados

La infancia es en cierto modo un estudio de las consecuencias de las actividades y, según esas, proseguirlas, modificarlas, o eliminarlas.

Reconocer la corrección juega un papel muy importante, informa sobre la adaptación a las circunstancias, ayudando a desarrollar y mejorar la autoestima. Al menos se le puede pedir adivinar cuantos dientes tiene, el propósito del sillón dental o de algún botón o accesorio; cualquier respuesta, aun parcialmente correcta, es rápidamente recompensada con el reconocimiento de la percepción e inteligencia del niño. Igualmente, su cooperación debe de ser reconocida.

El dentista debe buscar la manera de agradecer y felicitar, el resto del mundo esta tan ansioso de señalar sus errores que queda algunos adultos la posibilidad de felicitar a los niños cuando lo hacen bien.

2.1.6.6 Autenticidad del aprecio

Los niños necesitan ser queridos y saberlo: el sentimiento del adulto a de ser autentico, ya que aquellos perciben con mucha rapidez la insinceridad. Si el dentista no tiene agrado por los menores tendría que

fingir y eso representa un obstáculo mayor en relaciones con esos pacientes.

Se puede decir, sintiéndolo, "tu me gustas; fue fácil trabajar contigo, muchas gracias", y obtener una recompensa grande con un esfuerzo menor. En las relaciones humanas, los agentes de ayuda no son solamente las técnicas, sino las personas que las emplean; sin simpatía y autenticidad las técnicas fallan.

2.1.6.7 Las reglas del juego

En el proceso de comunicación que influye la consulta, el dentista debe establecer desde el principio, paulatinamente y con claridad cuales son las reglas del juego, las normas y modalidades durante las sesiones. El niño necesita, para desenvolverse progresivamente mejor, un sistema de referencia consistente, un esquema conocido y de pocas variaciones, y una vez establecidas estas rutinas el dentista no debe separarse de ellas, y aun así es necesario explicar las razones del cambio. Hay que ser particularmente claro en establecer que conductas son permisibles y cuales no, ofrecer desde el principio un rango de expresiones emocionales aceptables ("a mi no se me grita"). En el hogar suele existir inconsecuencia en el resultado de una actividad, que puede tener premio o castigo dependiendo del clima del momento. Para el dentista es más fácil mantener por tiempo breve una actitud consistente, ayudando así al paciente a equilibrarse en el medio odontológico, sin el desconcierto que produce la ambigüedad en el criterio de corrección o incorrección.

Para algunos adultos resulta difícil imponer disciplina. Sin embargo, el dirigir la conducta facilita el ajuste a los requerimientos de la sociedad; el niño puede a veces protestar, pero en el fondo está satisfecho de saber que alguien tiene el buen juicio para protegerlo de su inexperiencia. En este sentido, el dentista tiene un papel importante que cumplir y participar con responsabilidad en la formación personal de sus pacientes.

2.1.7 PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA

La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc. todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental.

2.1.8 DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO Y TECNICAS BASICAS PARA SU MANEJO.

a) Conducta Descontrolada

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo y establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

b) Conducta Desafiante

Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

c) Conducta Timida

A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

d) Conducta Cooperativa tensa

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente.

Los signos de aprensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad

e) Conducta Llorosa

Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto.

La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva.

Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

2.1.9 ALGUNOS FACTORES AMBIENTALES QUE PRODUCEN CONDUCTAS DETERMINADAS EN LA CONSULTA.

Como se ha explicado, en el desarrollo psicológico hay un permanente y riquísimo juego entre la herencia y el ambiente, este último es de compleja y variada naturaleza y explica la diversidad de la persona resultante. Algunas variables en el ambiente tiene directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista; esta representadas por la influencia de sus padres, su grupo de referencia escolar y sus antecedentes medicodentales.

2.9.1.1 La influencia de los padres

Se puede adelantar que el dentista que trata niños tiene una proporción menor de niños problemas que padres problemas. Las actitudes de sus mayores pueden describirse bajo algunas circunstancias que permite anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños.

- a) Sobreafecto: situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada en el único hijo, en el adoptado, o en el menor

de la familia. Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar.

- b) **Sobreprotección:** se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue o se junte con otros, con el argumento que pueden dañarle, ensuciarlo o contagiarlo. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones y rehúsa jugar con otros niños en igualdad de condiciones, pretende guiar al dentista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece en resumen la falta de disciplina.
- c) **Sobreindulgencia:** consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, especialmente de aquellos que durante su infancia no tuvieron muchas facilidades y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas. También se observa en adultos que tienen a los niños por algunos periodos y eligen esta vía para no tener dificultades con ellos, como es el caso de algunos abuelos. El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar a menos que exceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabietas, exhibiendo igual conducta con el dentista.
- d) **Sobreansiedad:** actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son jóvenes e inexpertos o cuando es su hijo único obtenido con dificultad. Se ejerce sobre el niño sobreafecto y sobreprotección motivados por el temor y la ansiedad. El niño así tratando depender de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas, muy notorio en la consulta odontológica además, cualquier problema menos de salud, lluvia o frío, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.
- e) **Sobreautoridad:** los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos con un determinado tipo de comportamiento, a este efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel.

Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad, lo cual es perfectamente en el consultorio. El dentista autoritario puede identificarse con la figura paterna, materna, manteniendo ese esquema, pero debería en cambio permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades o motivaciones para capacitarlo y gradualmente a la adaptación y exigencia del tratamiento.

- f) Falta de afecto: la indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle, por incompatibilidad entre el padre y la madre, no ha sido deseada o el sexo del niño no fue deseado. El niño que vive en esta situación suele ser tímido y retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc. En la conducta asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a ese niño a una relación muy satisfactoria.
- g) Rechazo: por las mismas causas anteriores, mas aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc., esos actúan alejados del niño, manteniendo con el una actitud negativa de critica, de castigo, de disciplina exagerado e inconstante: el resultado suele ser un niño desobediente e imperioso, que puede pretender una capacidad de mando inexistente, propenso a pataletas, puede ser mentiroso, o robar. El profesional que reconozca esta circunstancia puede con comprensión y preocupación llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, solo que no le entrega con facilidad, porque el ambiente le ha enseñado a protegerse.

2.1.9.2 La influencia de la escuela

Los niños que asisten a escuelas de párvulos tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo experiencias que no tienen aquellos que son confiados en su hogar hasta la edad escolar.

Durante la educación básica, la información es de otra índole, ya que la acción del odontólogo suele presentar, y a veces exclusivamente, extracciones y tratamiento de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles "escalofriantes" aun auditorio muy atente. Si esta es la primera noticia de odontología, es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y esta en mano de este presentar la otra cara de la profesión.

2.1.9.3 Antecedentes medico- dentales:

Cuando se realiza el desarrollo emocional de niño, es aparente la importancia de la salud del niño en su umbral de respuesta a los estímulos propios de la emoción. Para el dentista es útil saber que si han estado enfermos en su hogar por periodos prolongados, puede presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección y sobre indulgencia. Los niños que han estado hospitalizados pueden tener excelentes adaptaciones a los requerimientos de las presentaciones de salud y, en otra posibilidad haber tenido malas experiencias que le hacen asociar y generalizar temor a la odontología.

2.1.9.4 Refuerzo

Este poderoso principio de aprendizaje mediante condicionamiento operante esta basado en el hecho que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencias. Si el resultado de una actividad es positivo (recompensa) la conducta será repetida (reforzada). Si el resultado es negativo, la conducta pierde fuerza o se extingue. El término operante implica que se puede intervenir en las consecuencias de una conducta para modificarla o eliminarla.

Según este esquema de condicionamiento operante, para consolidar y aumentar respuestas correctas es necesario premiar o recompensar. Los premios, o reforzadores, pueden ser de variada naturaleza: son primarios y tienen importancia biológica o satisfacen una necesidad fisiológica; secundaria si es necesario previamente asociarlos con reforzadores primarios, por ejemplo, dinero, afecto, atención, aprobación.

El dentista tiene que operar en el ambiente del niño para reforzar las conductas positivas de su paciente y para evitar recompensar aquellas negativas. Los reforzadores sociales son los mas empleados y, entre ellos, el elogio. Se describe a continuación una secuencia de este procedimiento.

a. **¿Qué se elogia?** Cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final deseada (aproximaciones sucesivas) equivalentes a conformación progresiva de conductas.(ver grafico.1)

b. **¿Cómo elogiar?** Dar instrucciones simples, precisas y claras, proveer atención positiva (contacto visual, palabras agradables, contacto afectuoso físico), ser simple y específico sobre lo que se quiere, no destruir el efecto positivo añadiendo crítica después del elogio.
(ver grafico.3)

c. **¿Cuánto elogiar?** Inmediatamente, para lograr el máximo efecto; sino es posible, el elogio atrasado también es efectivo. Elogiar cada vez que ocurra la conducta, ya que la consistencia es muy importante. Una vez establecida la conducta, esta puede ser elogiada intermitentemente; se ha estudiado un elogio mínimo para cada cinco conductas positivas. El esfuerzo intermitente o parcial tiene una gran fuerza, mayor aun que la consecuencia positiva de cada conducta adecuada. La obtención de una recompensa, con un cierto ritmo hasta un cierto punto impredecible, explica la dificultad de eliminar el hábito del jugador compulsivo.

La situación contraria, no reforzar una conducta indeseable, es también crítica, si se piensa que dejar la consulta es la recompensa más poderosa que un paciente pueda recibir, la salida de ella debe ser bajo ciertas condiciones. La fantasía, agresión, resistencia y retirada son algunos de los medios de que dispone el niño para terminar una situación adversa. Si alguno de ellos resulta, aun momentáneamente, el paciente infantil ha aprendido una manera disfuncional de manejar su miedo y ansiedad. El paciente dejara de oponer resistencia injustificada, o de manifestar conductas obstruivas si sus tácticas no dan resultado, sino son

reforzadas. Una de las técnicas basadas en este principio es ignorar la situación, secuencia que se examina a continuación:

d. **¿Qué se ignora?** Conductas inadecuadas pero tolerables, técnicas dilatorias, evitación o demora del tratamiento, distracción, conductas molestas, ruidos, interrupciones, solicitudes, ordenes.

e. **¿Cómo ignorar?** Separarse del niño con la instrucción de cambiar actitud, no responder en absoluto, ser firme y continuar ignorando al niño, elogiar el primer signo de conducta deseada. Hay que recordar que el niño puede acelerar y aumentar la o las conductas inadecuadas antes de cooperar.

Hay aun conductas negativas agudas: rechazo franco y complejo descontrol emocional ya descrito, en la forma de llanto obstinado o pataleta. En estos casos el clínico se ve enfrentado a una situación que no puede ser pospuesta. Diversas técnicas bajo el título restricción física se han descrito con ese propósito. El objetivo es la terminación de la conducta intolerable o por lo menos disminuirla; por sus características imposibilita absolutamente el examen del paciente y no existen vías operativas de comunicación. El proceso se inicia con una orden perentoria de sede, de naturaleza específica; si el resultado es bueno el episodio se da por terminado y se refuerzan conductas positivas.

Lo que se debe hacer

Conocer el nombre del paciente

Presentarse al paciente, saludarlo de manos y mirarlo a los ojos

Permitir que vaya al baño antes de iniciar la cita

Permitir que se siente solo en la silla

Programar que se encuentre en ayunas, antes de iniciar un procedimiento extenso, o de proceder a la toma de impresiones

Ajustar la luz para evitar que incomode al paciente

Dejar fuera de la vista del niño o tapar el instrumental

Utilizar el dique de goma y emplear una adecuada succión

Utilizar una buena técnica de anestesia local

Documentar la historia del diagnóstico, las técnicas utilizadas y la evolución del comportamiento del paciente.

Lo que no se debe hacer:

Utilizar lenguaje inapropiado y en tono infantil

Tomar o levantar al niño innecesariamente

Tomar al niño sin el permiso de la madre

Centrar la conversación con los padres e ignorar al paciente

Hacer movimientos y mover la silla sin avisarle al niño u

Utilizar palabras amenazantes tales como aguja, anestesia, dolor, inyección, sangre y cortar.

Hacerle preguntas al niño que le permitan asumir el control tales como ¿por favor me abres la boca?

2.1.10 Éxito del Tratamiento Odontopediatría

Una adecuada relación Dentista – Niño – Padres

Un adecuado Diagnóstico y plan de tratamiento.

(HC, Riesgo de caries, Evaluación Clínica, Radiográfica, IHO, dieta, etc)

Adecuadas técnicas de manejo de conducta.

Amplio conocimiento en cariología y un instrumental adecuado

Conocimiento del desarrollo psicológico.

Estrategias adecuadas para el manejo de ansiedad

2.2 ELABORACIÓN DE HIPOTESIS

Si se aplican técnicas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas se disminuiría el nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Independiente: Si se aplican técnicas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas.

Dependiente: Disminución del nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS
Técnicas Farmacológicas y/ no Farmacológicas	Son técnicas útiles en casos donde las reacciones del niño son incontrolables y mediante el cual se utilizan una serie de medicación y también y técnicas especiales donde se usa el pensamiento y la imaginación	Sirve para prevenir complicaciones futuras durante el tratamiento dental, sobre todo en niños con maltrato, tímidos o con alguna discapacidad.	Por medio de uso de medicación adecuada y técnicas psicológicas especiales para así evitar problema durante la consulta dental.
Miedo/Ansiedad	Es conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos de carácter displacentero, desagradable provocado por la percepción de un peligro.	Sirve para identificar y poder poner alerta ante una situación desconocida.	Prevención Pronostico Tratamiento

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue realizada en la Universidad de Guayaquil en la Facultad Piloto de Odontología.

3.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó la recopilación de datos durante el año 2011 – 2012.

3.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1. TALENTO HUMANOS.

Autor: María Isabel Terán Yopez

Tutor Académico: Dr. Nicolás Llaguno.

Tutor Metodológico: Dr. Miguel Álvarez

3.3.2. RECURSOS MATERIALES

Se utilizaron los siguientes recursos materiales como son: libros, páginas de internet y artículos de revistas.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Esta es una investigación de tipo descriptiva y por esta razón no cuenta con análisis de universo y muestra, ni existe población, no se realiza experimento alguno sino se describirán las técnicas farmacológicas y no farmacológicas para contrarrestar el nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo bibliográfico ya que se consultaron varios libros actuales, artículos de revistas, paginas científicas que permitió elaborar el marco teórico para poder contrarrestar el comportamiento del niño en el consultorio dental.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de Carácter no experimental de tipo Bibliográfico, de corte longitudinal sobre los factores que determinan la conducta negativa del niño en la consulta, tomadas como unidad básica de estudio.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

El comportamiento del niño en la clínica dental, se ve afectado por el grado de ansiedad que el odontólogo y el tratamiento dental le producen.

Las técnicas citadas en esta investigación resultaran beneficiosas para los estudiantes de la Facultad de Odontología para así evitar fracasos en un futuro.

Los niños serán buenos pacientes adultos si sus citas con el odontólogo durante su niñez no les producen ningún tipo de ansiedad o miedo.

El odontólogo debe ser capaz de conocer al niño tanto en su desarrollo psicomotor como emocional.

Los tratamientos odonto-pediátricos están fuertemente ligados al tipo de ansiedad que los niños presentan al acudir al consultorio dental. Muchas veces este tipo de ansiedad es transmitida de la madre a los hijos debido a que los niños menores de 5 años son más dependientes de sus progenitoras. Es por esta razón que el odontólogo debe aprender a manejar la relación odontólogo/madre/hijo desde que éste último es muy pequeño para poder así ir familiarizándolo a futuros tratamientos odontológicos ayudándolo de esta manera a perder el miedo.

La psicología representa un perfil importante para nuestra carrera odontológica, y más aun para la rama de odontopediatria, en la cual el odontólogo tiene que saber el trato adecuado para trabajar con niños, ya sea niños especiales o sin ninguna discapacidad. Este documento nos informa claramente cómo seguir esos pasos y la actitud que un odontopediatra debe mostrar hacia su paciente.

Es importante considerar que el conocimiento que tienen los padres y actitud frente a la importancia de la salud oral, además de sus miedos frente al odontólogo.

4.2 RECOMENDACIONES.

Mediante esta investigación se da a conocer la importancia sobre la atención que se les debe brindar a los niños.

Sería conveniente como profesional instruir a los padres de familia para que ellos junto con el odontólogo se preocupen por reducir el nivel de miedo y ansiedad que podría producirse en la visita a la clínica dental.

Tanto el personal auxiliar como el odontólogo deberían de procurar mantener todo el instrumental fuera del campo visual del paciente y utilizar un vocabulario sustituto para la terminología dental, evitando fracasos en el tratamiento.

Se deben instaurar desde muy pequeños, hábitos de cuidado bucal, como cepillado de dientes y evitar alimentos azucarados y fuera del horario de las comidas. Si el niño tiene desde pequeño instaurado este tipo de hábitos, será más amigable para el niño conocer al odontólogo. Los odontopediatras y los odontólogos generales deberían utilizar periódicamente algún tipo de prueba para verificar el nivel de ansiedad y miedo que se está produciendo en sus pacientes.

En la odontología pediátrica, el conocimiento, del paciente y el estudio de su comportamiento que son las bases del manejo del paciente deben fundamentarse científicamente. La práctica clínica exige que el odontólogo este preparado y tenga un conocimiento sólido sobre la forma de manejar a sus pacientes, de modo que pueda brindarles un tratamiento odontológico con la calidad, seguridad, comunicación, cooperación y motivación adecuadas para alcanzar una salud oral óptima.

Algo fundamental es que los padres deben tener plena confianza en el odontólogo(a) y dejar que él maneje la situación, ya que si el niño percibe algún tipo de aprensión será muy difícil lograr la confianza que necesita.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Adaptación del niño /html/actaodontologica.com
http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp
2. Adaptación del niño a la consulta dental/html/scribd.com
<http://es.scribd.com/doc/512972/adaptacion-del-nino-a-la-consulta-odontologica>
3. Baggini CE, Gilgun LC. En diálogo con el odontólogo y el psicólogo. Segunda parte[en Internet]. [Citado 6 enero 2005]. [aprox. 3 p.]. Disponible
<http://www.odontologiaonline.com/pacientes/pac09/pac09.html>
4. Barberia Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C. Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental.
5. Carpio Galindo Tatiana, 2002 -Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala y los Factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental; Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.
6. Comportamiento del niño /html/monografias.com
<http://www.monografias.com/trabajos904/comportamiento-nino-odontologico/comportamiento-nino-odontologico.shtml>
7. Gallegos, Luis; Miegimolle, Mónica; Planells, Paloma, 2002- Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta odontol. venez vol.40, caracas- Venezuela.
8. García, Atzimba Islas; Parés Vidrio, Gustavo E; Hinojosa Aguirre, Alejandro, Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el

9. odontopediatra comparando tres métodos de información, Medigraphic.; Revista Odontológica Mexicana.
10. García Martínez Elena, 2010 - Conducta de los niños en la consulta dental y su ambiente Familiar 120 h. México, D.F, Departamento de Estomatología, Universidad Autónoma Nuevo León.
11. Guía del manejo del niño/htm/ortopedivo.com
<http://www.encolombia.com/ortopedivol197-guiademanejo9-2.html>
12. Olivera Carolina, 2007- Aspectos Psicológicos de la Odontopediatría; Perú, Lima; Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Estomatología.
13. Phral Mendoza Mónica, 1992 - La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco; Guatemala, Universidad Francisco Marroquín.
14. Pulaski, M. (1978). *El desarrollo de la mente infantil*. España: Paidós
15. Reyes DD, manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica, 2005 - Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría; Caracas - Venezuela
16. Richaud de Minzi, M.C. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los Niños y las Niñas de las Relaciones con sus Padres y Madres. *Revista Interamericana de Psicología*. 36, (1) 149-165.
17. Rodríguez Vásquez, Carlos Silvio, 2009 - Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil, Odontología Vital, Revista Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.
18. Stone L.G, Church J. (1995) *Niñez y Adolescencia*. 19° Edicion, Argentina:Lumen Hormé.
19. Terapias no farmacológicas para el manejo del dolor/html/drugs.com
http://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-ni%C3%B1os-aftercare-instructions.html

ANEXOS



Grafico.1. Paciente Manejable

Fuente: <http://pequelia.es/54293/la-musica-disminuye-la-ansiedad-infantil-en-la-visita-al-odontologo/>



Grafico.2. Paciente con sedación consciente

Fuente: <http://xpertdent.com/sedacion.html>



Grafico.3. Relacion Paciente/ Odontologo

Fuente: <http://rmanzanares.blogspot.com/2010/03/la-relacion-paciente-odontologo.html>



Grafico.4. Manejo Psicologico del Paciente Odontopediatrico

Fuente: <http://www.crecebebe.com/tag/dientes-ninos/>



\$ 1,15

Un dólar Americano CON
QUINCE Centavos
EcuP-USA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N° 12 - 15543

NOMBRES: 0927107391

TERAN YEPES MARIA ISABEL

FACULTAD: 1002

05/03/2012 09:09:08
Guayaquil, 17 de marzo del 2012

16/10/12

Doctor
Washington Escudero Gortz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo, Teran Yepes Maria Isabel, con CI 0927107391, estudiante del Quinto año Paralelo 2, de la carrera de Odontología, solicito a usted me designe Tutor Académico para poder realizar el TRABAJO DE GRADUACION, previo a la obtención del Título de Odontólogo, en la materia de Odontopediatría.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

Teran Yepes Maria Isabel
CI 0927107391

Dr. Pedro Flores

Se le ha asignado al Dr.(a) _____ para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.

Dr. Washington Escudero Gortz
DECANO

16/03/12
Teran

C9-N° 0067063



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N° 12 - 15543

\$ 1,15

NOMBRES: 0927107391

TERÁN YÉPEZ MARÍA ISABEL

UN 888 Americano CON
QUINCE Carátulas
11x17 cm

FACULTAD: 1002

05/03/2012 08:00:00

Guayaquil, 30 de Abril del 2012

Doctor
Washington Escudero Dolz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad:

De mi consideración:

Yo, Terán Yépez María Isabel con C.I. N° 0927107391 Alumna de Quinto Año Paralelo N° 2 periodo lectivo 2011 - 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD DEL NIÑO FRENTE A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA PARTICULAR."

Objetivo General:

Proporcionar estrategias y técnicas de medición de conducta en niños que permita al profesional en general conseguir comportamiento eficaces y satisfactorios en la consulta odontológica particular.

Justificación: Este trabajo investigación trata de un estudio sobre los niveles del miedo y la ansiedad del niño para así evitar fracasos múltiples y mantener el manejo adecuado, basándose en una buena relación paciente/odontólogo dependiendo del comportamiento del niño se puede utilizar métodos adecuados de manejo, en esta investigación se busca que el niño sea un buen paciente ahora y hasta su adultez y lograr una excelente salud integral del niño y que cumpla con los fines de la odontopediatría.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

mayo 2012

Terán Yépez María Isabel
C.I. 0927107391

Dr. Nicolás Uguro
TUTOR ACADÉMICO

C9-N° 0067064



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

**Control del miedo y ansiedad del niño frente a la consulta
odontológica particular**

AUTOR:

María Isabel Terán Yopez

TUTOR:

Dr. Nicolás Llaguno

Guayaquil, Junio 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Control del miedo y ansiedad del niño frente a la consulta odontológica particular”

Presentado por:

Terán Yopez María Isabel

0927107391

Dr. Nicolás Llaguno

Dr. Miguel Álvarez

Tutor Académico

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, Junio 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual
del autor

María Isabel Terán Yepez

C.I. 0927107391

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios y a San Antonio que nunca me fallaron y siempre estuvieron conmigo en este largo camino, a mi abuela Mariana que desde el cielo me cuida y me protege, a mis padres por el apoyo incondicional y a mi novio quien siempre fue mi pilar fundamental, y todas aquellas personas especiales que permitieron lograr desde un principio este gran paso.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional.

Y por ultimo un especial agradecimiento a mi tutor de tesis el Dr. Nicolás Llaguno por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para este trabajo

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a Dios, mis padres, mis abuelos que están en el cielo, quienes desde temprana edad me inculcaron muchos valores morales y éticos y del superarse día a día, bajo los cuales dirijo mi vida, a mi novio quien ha estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	
Carta de aceptación de tutores.....	I
Autoría	II
Agradecimiento.....	III
Dedicatoria.....	IV
Índice general.....	V
Introducción.....	1
CAPITULO I.....	2
1. EL PROBLEMA.....	2
1. Planteamiento del problema.....	2
1.1. Preguntas de investigación.....	2
1.2. Objetivos.....	3
1.2.1. Objetivos Generales.....	3
1.2.2. Objetivos Específicos.....	3
1.3. Justificación de la investigación.....	3
1.4. Viabilidad.....	4
CAPITULO II.....	5
2. MARCO TEORICO.....	5
Antecedentes.....	5
2.1. Fundamentos Teóricos.....	8
2.1.1. Perfiles de conducta en las diferentes edades....	8
2.1.2. Miedo.....	10
2.1.3. Ansiedad.....	11
2.1.3.1. Psicofisiologismo de la cavidad bucal.....	11.
2.1.4. Manejo de la ansiedad en odontología.....	12
2.1.4.1. Técnicas farmacológicas y no farmacológicas	

En odontología.....	12
2.1.4.2. Manejo no farmacológico de la ansiedad...	12
2.1.4.3. Manejo farmacológico de la ansiedad.....	20
2.1.5. Variables que influyen en la conducta del	
Niño durante la atención odontológica.....	22
2.1.5.1. Ambiente Odontológico.....	22
2.1.5.2. Odontólogo.....	22
2.1.5.3. Personal Auxiliar	23
2.1.5.4. Padres.....	23
2.1.5.5. Niños.....	23
2.1.6. Técnicas aplicables en el niño durante	
La consulta dental.....	24
2.1.6.1. Uso de la imaginación y fantasía del niño....	24
2.1.6.2. Respeto a la dignidad del niño.....	24
2.1.6.3. Uso del elogio.....	25
2.1.6.4. Presentación de opciones.....	26
2.1.6.5. Evaluación de resultados.....	26
2.1.6.6. Autenticidad del aprecio.....	26
2.1.6.7. Las reglas del juego.....	27
2.1.7. Primera visita odontológica.....	28
2.1.8. Diferentes tipos de comportamiento del niño	
Y técnicas básicas para su manejo.....	28
2.1.9. Algunos factores ambientales que producen	
Conductas determinadas en la consulta.....	29
2.1.9.1. La influencia de los padres.....	29
2.1.9.2. La influencia en la escuela.....	31
2.1.9.3. Antecedentes medico-dentales.....	32
2.1.9.4. Refuerzo.....	32
2.1.10. Éxito del tratamiento en odontopediatría...	35

2.2. Elaboración de Hipótesis.....	35
2.3. Identificación de las variables.....	35
2.4. Operacionalización de las variables.....	36
CAPITULO III.....	37
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. Lugar de la investigación.....	37
3.2. Periodo de la investigación.....	37
3.3. Recursos Empleados.....	37
3.3.1. Talento Humano.....	37
3.3.2. Recursos Materiales.....	37
3.4. Universo y muestra.....	37
3.5. Tipos de investigación.....	38
3.6. Diseño de la investigación.....	38
CAPITULO IV.....	39
4. Conclusiones y Recomendaciones.....	39
4.1. Conclusiones.....	39
4.2. Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	43

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia atendemos pacientes; de diferentes edades y tipos; pero es algo completamente diferente cuando hablamos de niños; ya que esto requiere un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y fisiológico del niño. Al atenderlo necesitamos conocer las técnicas adecuadas que aplicaremos de manera aislada o simultánea de acuerdo al tipo de situación o al tipo de procedimiento que vayamos a realizar. Es importante reconocer la importancia que toma el padre de familia en el tratamiento y tratar de mantener esa interrelación; agregando a este binomio nuestro conocimiento y experiencia, convirtiéndolo en una triada: paciente-madre-odontólogo.

Existen muchas variables que tendremos en cuenta que van desde el miedo que se da en la sala de espera hasta el posible comportamiento ansioso durante la consulta, es de vital importancia lograr conservar la seguridad emocional del niño y toda la ayuda de la madre. Conociendo las adecuadas técnicas de modificación conductual, reforzando los comportamientos positivos y disminuyendo los que creen distracción y ansiedad, podremos llevar a cabo una consulta dinámica, en una atmosfera placentera y en el tiempo correcto.

Debemos estar preparados para atender todo tipo de paciente con diferentes tipos de personalidad y comprender la situación en la que se encuentran que puede generar problemas en el sistema estomatognático.

Debemos plantear el mejor tratamiento posible y ver siempre la posibilidad de aplicar una técnica alternativa para el manejo de conducta del paciente y observar el grado de repercusión en el control de las emociones del paciente.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El déficit de conocimientos y técnicas aplicables en los estudiantes de la facultad piloto de odontología, inciden en accidentes generando en la práctica dental fracasos en el pronóstico y tratamiento debido al nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cuál es la importancia del control del paciente odontopediátrico?
- Beneficios y ventajas del manejo del miedo y ansiedad en el paciente
- ¿Cuales son las técnicas y métodos ideales para tratar a un niño con miedo y ansiedad en la consulta odontológica?
- ¿El comportamiento de los padres y el profesional influyen en el niño?
- ¿El medio que rodea influye al paciente odontopediátrico?
- ¿Cuales son los tipos de miedo y ansiedad que existen?
- ¿El comportamiento negativo influye perjudicialmente al sistema estomatognático?
- ¿Qué tipo de lenguaje se debe utilizar en este tipo de pacientes?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar estrategias y técnicas de medición de conducta en niños que permita al profesional en general conseguir comportamientos eficaces y satisfactorios en la Facultad Piloto de Odontología en el año 2011.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la presencia del miedo y la ansiedad al tratamiento estomatológico según edad y sexo.

Identificar la etiología del miedo y la ansiedad.

Precisar las características clínicas ante el miedo y la ansiedad.

Reconocer situaciones y estilos de personalidad, que pueden determinar un trabajo colaborativo o conflictivo en la relación con el niño.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Este trabajo de investigación trata de un estudio sobre los niveles de miedo y ansiedad del niño para así evitar fracasos múltiples y mantener el manejo adecuado, la respuesta al tratamiento dental del niño afecta el comportamiento emocional, al generar comúnmente estrés que proviene del miedo y la ansiedad que se tiene a lo desconocido por lo que se exige últimamente la participación de los padres en el proceso de atención dental dándole confianza al niño previa aprobación del tratamiento indicado y de la cual se establecerá el número de visitas asignadas, el cual basándose en una buena relación paciente/odontólogo dependiendo del comportamiento del niño se pueden utilizar métodos adecuados de manejo, en esta investigación se busca que el niño sea un buen paciente ahora hasta su adultez y lograr una excelente salud integral del niño además que se cumpla con los fines de la Odontopediatria.

Esta investigación es de mucha utilidad para los alumnos de la Facultad de Odontología que se encuentren frente con este tipo de pacientes y así aplicar las mejores técnicas de una manera correcta y eficaz.

Esta investigación se realizara para conocer el nivel de ansiedad y así poder tener una base para futuros estudios sobre este tema y de esta manera entender mejor a nuestros pacientes y brindar una mejor tratamiento.

Una de las áreas que proveen mayor recompensa en odontología es la conducción exitosa de un niño, ya que la primera experiencia de estos deja a menudo una impresión indeleble. El momento más adecuado para elaborar una imagen adeudada de la odontología, es la infancia, cuando es posible reducir los sentimientos negativos e incluso hostiles hacia el dentista, formando así una base para futuras interacciones positivas.

Los niños al igual que cualquier persona reaccionan con miedo ante cualquier situación de peligro o alerta en la que se encuentren y es por eso que se debe tener especial cuidado a la hora de tratarlos.

Ya que los niños no solo van a venir con su temor a lo desconocido (el dentista) sino que también algunos de los padres suponen como una dificultad a la hora de tratarlos de no querer que les hagan daños a sus niños.

Para lo cual hay que aprender a tratar con ellos antes de tratar al niño y mantenerlos al tanto de los tratamientos de sus hijos para así poder ganar su confianza y a la vez la de sus hijos.

Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del dentista es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba.

De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación, proceso no muy bien comprendido inicialmente por los dentistas que trataban niños, los cuales recomiendan técnicas que, a modo de recetas, buscan la producción de mejoramientos en el comportamiento de sus pacientes. Variando de actitudes permisivas a rígidas y disciplinarias, como se ha visto en desarrollo emocional, la primera forma de comunicación del niño es el llanto.

1.5 VIABILIDAD

Este proyecto ha de ser viable debido a que se cuenta con los recursos necesarios entre los que tenemos: los recursos humanos, económicos, materiales, tiempo y de información, llevándose a cabo en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, logrando así conseguir los fines programados.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca. No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

No es desconocido que Freud asignó a la boca una función primordial en el desarrollo psicosexual de la persona. La boca constituye el primer órgano de contacto con el mundo y a través de ella el nuevo ser obtiene la primera experiencia del sí mismo, que indeleblemente permanecerá como núcleo central en la estructura de la personalidad futura. Freud la describió como la fase oral, la cual es seguida por la fase anal y posteriormente por la fase genital. Esta fase oral dura aproximadamente hasta el año y medio de edad y se caracteriza por el chupeteo de los objetos, como modo de conocimiento del mundo externo.

La boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se toma el gusto al mundo que nos rodea.

En la investigación titulada “Neurociencia cognitiva y afectiva: implicancia de las teorías del apego y de la autorregulación en la práctica clínica de la odontología para niños”, publicada en el 2006; destaca la importancia de la relación madre – hijo durante la consulta odontológica. Se propone al afecto como vinculo entre los padres y niños, cuyo fin seria proteger a los niños del peligro, brindándoles seguridad.

En la fase oral la boca es fuente de placer al realizar el acto de succión del pezón materno, en una primera fase el pecho de la madre se percibe como indiferenciado de sí mismo pues el lactante percibe que él y su entorno son una misma cosa. Sin embargo, en un momento posterior el niño constatará que el pecho materno está separado de él, generando así la primera frustración y la primera percepción de un mundo diferenciado de él mismo. Por lo tanto esta experiencia, relación niño-pecho materno, implica un modo de relación con el mundo externo, físico y social. Por lo mismo cualquier disturbio en esta fase, ya sea por exceso o falta de gratificación, se relacionará con un modo poco adaptado de "ser en el mundo". Así en personas con fijaciones en la fase oral, la zona bucal queda revestida de una carga emocional excesivamente elevada, llevándolos a necesidades de satisfacción inacabables. Estas personas se caracterizarán por constantes quejas, náuseas y asco.

Emocionalmente son personas exigentes, dominantes, codiciosas o dependientes.

Más allá de la presencia de alteraciones del desarrollo en la fase oral, lo relevante es comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano, de alguna forma en ella estamos íntegramente representados y se devela nuestra intimidad. En el mismo artículo se discute la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los procedimientos dolorosos. De este modo, una de las hipótesis que se maneja es que esos pacientes son hipersensibles al dolor en general, sin embargo otros estudios citados por Scott y Hirschman indican que la baja tolerancia al dolor es específica al tratamiento dental. Por otro lado algunos investigadores han propuesto que la ansiedad dental es sólo una faceta de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diversas maneras.

Al respecto Gale diseñó una escala que le permitió evaluar situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes. Al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más

puntaje, resultaron como las más de temer; la extracción dentaria, el fresado dental y una mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente, superando esta última al hecho de sostener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente. Gale señala que se debe tener muy en cuenta que la actitud del dentista hacia el paciente condiciona mucho la actitud de éste hacia el cuidado de la salud bucal y hacia el dentista en particular y al respecto señala que una crítica hacia las condiciones de la boca es percibida por el paciente. Es importante comprender que a pesar de la existencia de leyes básicas de crecimiento y desarrollo, explica las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias individuales notables, producto de los diferentes resultados de la interacción de cada individuo con su entorno externo, interno y social.

Aun así, el dentista debería estar capacitado para medir la habilidad de su paciente para manejar situaciones nuevas y su disposición para adaptarse, y cooperar a las diversas actividades.

En esta edad el niño tiene una autonomía muy limitada y la unión formada por él y su madre es muy estrecha, sus contacto con personas ajenas a su familia son escasos, el desarrollo de su lenguaje no es adecuado como para comprender situaciones no domesticas; por otra parte, tiene temor a personas desconocidas o a ser separado de su mamá. Es muy comprensible entonces que exprese resistencia y llanto ante el intento del dentista a examinarlo y que no responda a solicitudes verbales, tranquilizadoras o no. En esta situación así, el dentista debería examinar al niño en brazos de su madre y no esperar que sus explicaciones sean entendidas por el menor. Esto evita asumir conductas restrictivas o expresar frustración, al reconocer anticipadamente las limitaciones.

El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 PERFILES DE CONDUCTA EN LAS DIFERENTES EDADES

La identificación de los logros alcanzados por el niño constituye la base de la evaluación del desarrollo. La falta de determinado logro puede significar un factor de riesgo y su detección precoz permite aprovechar esa oportunidad muchas veces breve de compensación. La actividad psíquica se inicia desde la gestación.

Los nueve meses de vida intrauterina son de gran contenido psicológico. El período o etapa oral se inicia al nacer y se extiende hasta los dos años y medio de edad, aunque el reflejo de succión comienza en la vida intrauterina.

El niño de dos años de edad ha crecido mucho y ha hecho grandes logros, por ejemplo: controla los esfínteres.

Desde el punto de vista odontológico se encuentra completando su dentición caduca, es capaz de usar el cepillo de dientes porque domina la prensión voluntaria dígito-palmar, desarrolla destrezas manuales de cierta complejidad y puede comprender órdenes sencillas. Es una edad, según Gesell, de equilibrio, si siguiera toda la vida así no crecería.

A los dos años y medio se produce un marcado desequilibrio de la conducta ya que a esta edad descubren la doble opción, por lo que a esta etapa Gesell la llama de la doble vía. El niño sabe que se puede poner el buzo azul o el rojo. Descubre que hay dos posibilidades por lo menos, pero no puede todavía elegir, porque no tiene desarrollada la capacidad inhibitoria del saber que si elige algo, pierde siempre lo otro.

A los tres años de edad, la conducta vuelve a balancearse y Gesell lo llama el "delicioso 3 años", que está dispuesto siempre a agradar al adulto. Es la edad de la socialización. Desarrolla gran autonomía y habilidad para las tareas cotidianas. Comienza a vestirse solo y a comer con cierta prolijidad. Disfruta de los juegos colectivos, comprende órdenes complejas y conoce su sexo.

Entre los dos y los cuatro años de edad se desarrolla la niñez temprana y es a los tres o tres años y medio que se produce el denominado destete emocional, por lo cual el niño puede permanecer separado de sus padres por un tiempo no muy prolongado.

Tienen temor a las heridas corporales por lo que se debe evitar palabras como "dolor" o "pinchar". Las consultas deben ser breves. Responden a órdenes sencillas siempre que se les de una por vez. No distinguen fantasía de realidad, lo cual obliga a explicarles que en el consultorio nada es mágico y todo es manejado por el profesional.

La palabra debe preceder a nuestra acción: "decir, mostrar y hacer" A los cuatro años y medio de edad vuelve otra vez la conducta a desequilibrarse, Gesell las llama edades internalizadas, neuróticas, muy difíciles. Los niños en la etapa preescolar tocan, manipulan y exploran todo, acostumbran traer sus juguetes preferidos a la consulta, lo que exige tener especial cuidado con la cadena aséptica en el consultorio.

A los cinco años de edad vuelve otra vez a equilibrarse la conducta, terminó la pre escolaridad, ya está superando el complejo de Edipo, empieza el recambio dentario, comienza la actividad escolar, es una edad de mucho orgullo, es el "ciudadano del mundo" y dice: "tengo 5 años". Es muy sensible a las alabanzas, tiene una gran estabilidad emocional.

El escolar (de 6 a 9 años de edad) ha aprendido mucho y su "mundo" se ha ampliado considerablemente.

Es una edad de asimilación.

Es muy susceptible al elogio y sensible a la desaprobación.

Puede permanecer en la misma posición por períodos más prolongados de tiempo.

Comprende lo que el odontólogo hace y puede levantar la mano para indicar cuando algo le molesta, señal que el profesional debe respetar.

El pre adolescente (9 a 12 años de edad) se interesa por los problemas sociales y los comprende. Tiene resistencia al baño diario y por extensión a la higiene bucal. Ha dejado de ser niño y no debe ser tratado como tal.

Es responsable, admite que no se está realizando el cepillado bucal con la frecuencia necesaria ya que generalmente ingiere alimentos a toda hora sin lograr la correcta relación ingesta-higiene.

El adolescente (12 años a la edad adulta) se caracteriza por una tendencia a la aparición de reacciones emocionales desequilibradas. Se convierte en un período de exploración y cambios crecientes impulsándolos hacia la independencia y responsabilidad, los cuales son indicadores de madurez.

Se deben identificar los factores de riesgo ya sea de los microambientes (pares) o del entorno social, reconociendo que los hábitos de vida que se adquieren a esta edad influyen decisivamente en el desarrollo futuro de los jóvenes.

2.1.2 MIEDO

El temor o miedo se define como la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física de dolor.

Aunque el temor y dolor son desagradables sirven asimismo como medio de alarma y han ayudado a la especie humana al auto conservación. Algunos temores aparecen a determinadas edades, se denominan miedos del desarrollo. Los miedos de un individuo no son los mismos a través de las diversas etapas de la vida, sino que se modifican con el desarrollo físico. Y mental. Se observa claramente que lo que asusta a un niño de dos años de edad, puede no asustar a uno de seis años.

Se observa claramente que lo que asusta a un niño de dos años de edad, puede no asustar a uno de seis años.

Los niños tienen un intenso miedo a lo desconocido e inesperado, esto es importante desde el punto de vista del rol del odontólogo y su repercusión clínica.

Seguindo la descripción de Sydney Finn, se reconocen dos tipos de miedos o temores:

Temor objetivo: es aquel producido por estimulación directa de los órganos sensoriales en contacto físico con la experiencia.

Temor subjetivo: se genera por sentimientos y actitudes sugeridas al niño por quienes lo rodean, sin necesidad de que él mismo haya padecido el incidente en lo personal, es por esto que se debe valorar la conveniencia o no de la presencia del acompañante en la consulta odontopediátrica.

Por lo general, la edad es la delimitadora de lo que produce temor.

Jersild y Holmes afirman que el promedio de

temor desciende de los tres a seis años de edad debido a:

Comprensión de que no hay por qué temer

Presión social para ocultar el temor

Imitación social.

Grado de maduración psicósomática (el profesional debe reconocerla)

2.1.3 ANSIEDAD

La ansiedad corresponde a un estado emocional originado en fuentes internas tales como fantasías y expectativas no reales. La mente infantil tiene una mayor influencia de los impulsos internos y las fantasías que la del adulto y presenta una tendencia superior a sufrir ansiedad.

2.1.3.1 Psicofisiologismo de la cavidad bucal

La relación del odontopediatra con el paciente niño o adolescente llega a ser muy profunda y un componente fundamental para el establecimiento de este nexo es esencialmente la zona de acción directa del odontólogo es decir “la cavidad bucal” y la importancia que ella tiene en el desarrollo psico-emocional del individuo.

El rol del odontólogo que atiende niños y adolescentes es prevenir, controlar y curar las enfermedades de la cavidad bucal cuidando que las consecuencias de sus acciones no generen iatrogenia tanto en sus constituyentes físicos (estructuras en crecimiento, gérmenes dentarios en formación, articulaciones temporo-mandibulares, etc.) como en su personalidad. Por ello, estar preparado para la atención de la salud de niños y adolescentes significa entender comprender y conocer sus particularidades e incursionar en otras áreas, como ser, el profundizar en

algunos aspectos de la psicología que permitan comprender la conducta de los pacientes.

2.1.4 MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ODONTOLOGÍA

Existen diversas formas para el tratamiento de la ansiedad; la elegida debe adecuarse a su severidad. Muchos pacientes logran vencerla a través de una simple conversación con el dentista aclarando la causa de su temor; en otras ocasiones es necesaria la participación de profesionales del área de la salud mental a fin de evaluar al paciente y prepararlo adecuadamente para su atención.

2.1.4.1 Técnicas Farmacológicas y No Farmacológicas

Técnicas no farmacológicas:

Decir- Mostrar- Hacer

Control de la Voz

Terapéutica de distracción y atención

Refuerzo positivo y negativo

Modelado

Comunicación no verbal

Técnicas Farmacológicas

Oral

Inhalatoria

Endovenosa

Mixta

2.1.4.2 Manejo no farmacológico de la ansiedad

Las técnicas no farmacológicas en el manejo de la ansiedad, están especialmente indicadas en niños. Con el objetivo de lograr un adecuado soporte afectivo, es necesario utilizar un manejo cuidadoso de la comunicación, que permita crear un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos del paciente, su cooperación y compromiso con las metas del tratamiento que con él, y sus padres se hayan propuesto.

Los objetivos de estas técnicas son:

Promover el bienestar y la seguridad del paciente

Facilitar la entrega de calidad en la atención.

Minimizar los efectos del comportamiento negativo.

Promover acondicionamiento psicológico positivo al tratamiento. Las técnicas no farmacológicas son muy beneficiosas para pacientes cooperadores.

El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje.

Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad. Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones.

Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas de situaciones específicas, son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones.

Los métodos que utilice el odontólogo para abordar y tratar a una niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol. Las principales técnicas son:

a) Desensibilización: técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque

Decir Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar.

b) Modelamiento: cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.

c) Reforzamiento Positivo: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender.

Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales.

d) Refuerzo positivo: El refuerzo es algo que nos agrada. Puede consistir en elogios, alabanzas, frases de ánimo, felicitaciones, expresiones faciales, contacto físico, escuchar con atención (reforzadores sociales); también pueden ser reforzadores

materiales, productos consumibles como chicles, chocolate, refrescos. Artículos manipulables como discos, balones, juguetes, o cualquier objeto que sea gratificante para el niño. Podemos reforzarle también permitiéndole realizar actividades placenteras para él como ver la tele, jugar a la videoconsola, incluso actividades compartidas como leerle un cuento, pasar rato con los amigos, ir al cine, etc.(Ver grafico.4)

Para utilizar el método del refuerzo, en primer lugar hay que conocer qué cosas son reforzantes para el niño/a (si regalo un libro a alguien al que no le gusta leer no lo recibirá como premio) y qué conducta en concreto queremos reforzar, proporcionando este refuerzo de forma inmediata siempre que se de la conducta deseada. No obstante, a medida que el niño la vaya adquiriendo, la propia ejecución de la conducta será reforzante en sí misma y no será necesario.

Debemos pactar también con el niño y de antemano qué necesita hacer para conseguir el punto/ficha y lo que obtendrá por su realización, en función de lo costosas que sean las conductas, así como la frecuencia, y momento del cambio.

e) El refuerzo negativo.

Consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable eliminando algo que resulta molesto al sujeto, siempre que obre correctamente. Este refuerzo debe ser también lo más inmediato posible a la conducta deseada. Su aplicación puede ser de manera continua o intermitente (la primera es más eficaz que la última).

En la literatura aparecen una serie de trastornos psicológicos como consecuencia de esta situación. Síntomas de intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, miedo, temor, dificultades para concentrarse, depresión, suicidio, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, problemas de salud, etc.

En cuanto a los trastornos relacionales, los niños sufren un embotamiento de su capacidad de respuesta ante el medio externo, una sensación de distanciamiento respecto a los demás y una constricción del afecto. Todo ello forma parte de lo que conocemos como el trauma de la infancia, que parece ser uno de los factores etiológicos cruciales en el desarrollo de un número de serios desórdenes.

El trauma de la infancia es el resultado mental de un factor o suceso brusco, que se encuentra por encima de los márgenes habituales y tolerables por el paciente, y que hace que la persona se sienta temporalmente indefensa y que provoca una ruptura en sus mecanismos de defensa.

El factor o suceso del cual es víctima el paciente es siempre de origen externo, no tiene nada que ver con el perfil psicológico del mismo.

No se incluye sólo como factor traumático aquel que actúa de manera brusca y repentina, sino también aquel que se produce de manera brusca pero prolongada y repetitiva, provocando un malestar anticipatorio.

Ante un ambiente, gesto o acción determinados, que le recuerden el episodio, el niño puede experimentar un malestar psicológico intenso o una respuesta de tipo fisiológico (activación), con palpitaciones, xerostomía, sudoración, hipervigilancia, ataques de ira, etc.

f) Decir-mostrar-hacer

En esta técnica el dentista le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al dentista actuando la situación) para después hacerlo. Se deben dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del paciente.

El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta.

Está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el dentista trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos. Una opción inicial es mostrar cómo debe llevarse a cabo la profilaxis y mostrar el cepillo especial y cómo gira la pieza de mano. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente. Las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente y causar ansiedad. Los tratamientos se deben hacer de manera sencilla y casual.

g) Distracción - voz distracción

Esta técnica es útil para desviar la atención del paciente de las incomodidades que pueda percibir en el procedimiento. El objetivo es disminuir la probabilidad de percepción de un suceso desagradable que pueda suceder. Está indicado para cualquier paciente y no tiene ninguna contraindicación.

Estas estrategias tienen el objetivo de llamar la atención del niño y de estimular su imaginación con la finalidad de abstraerlos del procedimiento odontológico.

Para eso se utilizan muñecos educativos u objetos inanimados (recomendado para preescolares), uso de videos de dibujos animados o

vídeo Games, contar cuentos o historias, conversar con la madre durante el tratamiento del niño sobre la vida diaria de éste (amigos, juegos favoritos, animales preferidos, etc.). La distracción es probablemente la técnica más efectiva cuando la ansiedad del niño es leve.

h) Inhibición latente

Es otro principio importante del acondicionamiento, que tiene como objetivo organizar el tratamiento odontológico iniciándose con procedimientos más simples. Los estudios han mostrado que historias de experiencias odontológicas positivas o neutrales pueden servir como defensa contra el desarrollo de experiencias o asociaciones traumáticas, Contra el desarrollo de miedos severos o fobias (Teoría de la Inhibición Latente). Esta teoría implica el inicio de la historia del tratamiento del niño con una o dos consulta(s) de evaluación clínica, orientación de dieta e higiene, profilaxis y flúor, etc. (procedimientos no-curativos), ya que, por el hecho de no realizar ninguna intervención invasiva previa, se ayudaría al niño a enfrentar más adecuadamente futuras consultas potencialmente invasivas (curativas). La implementación de este principio de "inhibición latente" es importante para la prevención del miedo dental y debe ser incorporado en el plan global de tratamiento.

l) Control de la voz

Con esta técnica, mejor aceptada que la restricción física, la atención del niño se gana con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para ganar el mando. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, pero que es comunicativo. Sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional.

j) Comunicación no-verbal

Consiste en transmitir refuerzo y guiar la conducta mediante el contacto, la postura y las expresiones faciales. Hay autores que sugieren que sólo del 35% de la relación social se establece por componentes verbales

mientras que más del 65% se transmite por comunicación implícita. Puede ser mediante gestos con manos, brazos y movimientos de cuerpo y piernas. El principal objetivo es favorecer la eficacia de otras técnicas de control comunicativas, obtener o mantener la atención y obediencia del paciente. Está indicada en cualquier paciente y no tiene contraindicaciones.

k) Modelado

Debido a la limitación de ciertas técnicas en el manejo de la conducta para obtener resultados favorables en niños con problemas de comportamiento, se han sugerido nuevas alternativas como modelado en vivo y video por ser técnicas comunicativas que crean un ambiente más favorable para el éxito del tratamiento.

En Odontología, la técnica de Modelado consiste en permitir al niño observar a otros niños adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarles lo que se espera de ellos. No se requiere características especiales para realizar la técnica, no influye el sexo o raza, pero si la edad y la experiencia previa. Se ha demostrado que el modelado reduce el temor en niños y niñas entre 3 y 13 años de edad. Los niños con experiencia odontológica previa han mostrado beneficiarse menos con la técnica que aquellos que no la han tenido. Sin embargo, el modelado en combinación con otras técnicas como decir-mostrar-hacer, o refuerzo positivo, si parece ser efectivo.

l) Distracción Contingente:

Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias, puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos, los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarla en conjunción con Decir-Mostrar-Hacer antes de iniciar el tratamiento con el objeto de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.

Objetivo: Distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir su ansiedad.

Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente.

Contraindicaciones: No está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal

m) Escape Contingente:

Se busca que el paciente tenga control de la situación de modo que con una indicación suya, como por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento de modo que el odontólogo tenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea el apropiado.

Objetivo: Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente.

Indicaciones: Pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica.

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender el objetivo de la técnica debido a su corta edad, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal.

n)Tiempo y Fuera:

Es una variación del esfuerzo negativo para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento en la misma cita o dar por terminada la cita y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando este preparado para cooperar. Esta técnica sólo debe utilizarse en situaciones muy específicas donde hay un alto grado de desarrollo emocional y un pleno entendimiento y cooperación por parte de los padres.

Objetivo: Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente de modo que el tratamiento se condicione a su propia voluntad de cooperar.

Indicaciones: Pacientes pre-adolescentes y adolescentes.

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender la técnica debido a su corta edad e inmadurez emocional.

2.1.4.3 Manejo farmacológico de la ansiedad

Pese a no existir buena calidad de evidencia científica, ni haber sido posible realizar meta-análisis sobre sedación en la atención odontológica, debido a que los datos disponibles no entregan descripción adecuada de los resultados de los numerosos estudios realizados, se ha decidido normar la sedación como método farmacológico para controlar la ansiedad en la atención odontológica basados en la numerosa experiencia acumulada según el o los fármacos empleados y sus dosis se producirán cambios, entre otros en: la actividad cortical, motora, del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo originando ansiolisis, sedación de distintos grados y en último término anestesia general, acompañados de diversos cambios fisiológicos.

La respuesta es variable de paciente en paciente y es posible y apropiado caracterizar algunos grados de ansiolisis y sedación.

Niveles de sedación:

Nivel mínimo (Ansiolisis)

Nivel moderado o medio (Sedación moderada)

Nivel profundo (Sedación profunda / Anestesia General)

a) Nivel Mínimo: Sedación mínima o ansiolisis pura:

Se obtiene mediante una de las siguientes vías :A.= Administración de menos del 50% de óxido nitroso en oxígeno, sin adicionar otra medicación sedante o analgésico por ninguna otra vía, o bien administración única de un sedante oral, administrado en dosis apropiada para el tratamiento no supervisado de ansiedad o dolor. (ver grafico.2)

En la atención dental se requiere asociar el uso de anestésicos locales o tópicos, siempre que se enfrenten procedimientos potencialmente dolorosos.

Se define como un estado inducido por un fármaco con el cual se obtiene un grado menor de depresión de la conciencia, donde los pacientes responden normalmente a los órdenes verbales.

No hay compromiso importante de las funciones cognitivas ni de la memoria; la actividad motora, refleja y cardiorrespiratoria permanecen indemnes.

b) Nivel Medio (Sedación moderada):

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por drogas, en el cual el paciente es capaz de responder adecuadamente a estímulos verbales solos o acompañados de estimulación táctil leve.

La evitación refleja, desencadenado por un estímulo doloroso, es diferente a lo que en esta definición se entiende como respuesta adecuada al estímulo. En este tipo de sedación el paciente no requiere intervención alguna para mantener la vía aérea y la función respiratoria y cardiovascular permanecen indemnes.

Este nivel de sedación en odontología se usa en pacientes cuyo nivel de ansiedad supera lo controlable con sedación mínima. Debemos considerar que en ocasiones, en estos pacientes se produce agitación paradójica que los hace inmanejables. Las técnicas de sedación moderada que se emplean con más frecuencia en Odontología, son:

Oral

Inhalatoria

Parenteral

Combinación de métodos Como regla general debe ser usada la técnica más simple con la cual se obtengan los requerimientos deseados.

c) Nivel Profundo / Anestesia General

El grado de depresión de la conciencia es mayor. Se logra obtener respuestas adecuadas, con estimulación verbal y/o táctil importante. El límite entre el nivel de sedación profundo y la anestesia general es muy sutil, por lo que se ha adoptado esta denominación compuesta. En esta condición puede haber compromiso de reflejos protectores de la vía aérea y algún grado de depresión respiratoria. La función cardiovascular tiende a mantenerse constante.

2.1.5 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:

Ambiente odontológico

Odontólogo

Personal Auxiliar

Padres

Niños

Primera visita odontológica

2.1.5.1 Ambiente odontológico:

Para el niño, este ambiente contienen una serie de eventos aversivos tales como gente desconocida, procedimientos extraños y maquinas atemorizantes. investigaciones han comprobado que los niños inmersos en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad, es por ello que debemos atenuar los posibles elementos generadores de la misma y convertir el consultorio en una escenario agradable, donde el niño se sienta seguro.

a) Sala de espera:

Debe ser luminosa, agradable y cálida, el niño debe sentirse relajado; podemos tener cuentos, creyones y libros para pintar, juguetes, mesas y sillas.

televisión con juegos recreativos y música relajante para cubrir ruidos propios del consultorio.

b) Consultorio:

Los lineamientos son los mismos que los de la sala de espera, debemos suavizar la impresión clínica manteniendo fuera de vista instrumentos, aparato y jeringas. Colocar cuadros, adornos, carteleras con dibujos infantiles.

2.1.5.2 Odontólogo

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, establecer comunicación. Ya que esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento. (ver grafico.3) El lenguaje a usar por el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento exitoso y llevar al paciente a una buena adaptación.

En síntesis, se requiere en el tratamiento con el niño crear una atmósfera de confianza en un ambiente placentero.

2.1.5.3 Personal Auxiliar

La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo.

Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Esto exige un personal capacitado

y bien adiestrado, además de tener apariencia agradable

2.1.5.4 Padres

La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones.

Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobreindulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.

2.1.5.5 Niños

Para lograr el tratamiento dental del niño en la consulta odontológica, debe comprenderse su conducta, por ello, es importante conocer las etapas de crecimiento de éstos y la actitud que los padres tienen con sus hijos.

La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño. Una buena guía es la señalada por Magnusson en su libro de texto, en donde refieren el perfil de maduración de los años preescolares señalados por años.

2.1.6 TÉCNICAS APLICABLES EN EL NIÑO DURANTE LA CONSULTA DENTAL.

2.1.6.1 Uso de la imaginación y la fantasía del niño

Para el niño que con su conducta ha hecho obvio que no quiere ser atendido, se le puede decir que al dentista le agradecería no tener que hacer nada, que sería mejor que estuviera jugando con sus amigos, o tener el poder de eliminar sus problemas con solo desearlo. Puede comentársele que sería agradable.

Todas estas observaciones son cosas que el niño sabe bien y puede concluir que estaría en el ánimo del dentista no hacer nada si esto fuera posible. Al desear por él lo que quiere, se comunica la comprensión del dentista, a pesar de no poder acceder a evitar la experiencia. En resumen, se le da al niño en fantasía en lo que no puede dársele en realidad.

2.1.6.2 El respeto a la dignidad del niño

Cuando el dentista esta frente a pacientes adultos son rutinarias las muestras de cortesía y estas deberían ser igualmente de rutina con el paciente infantil. Todas las solicitudes deberían ser hechas "por favor", y si el niño responde, seguidas de "gracias". Se le puede extender la mano para ayudar al niño a bajar del sillón y permitirle expresar opiniones y sentimientos dentro de posibilidades razonables. Básicamente, se desea que se comporten como adultos tratándoles con el respeto correspondiente. Es recuento ver conducirse bien a un niño solo porque ha sido tratado deferencia; este suele apreciar el respeto y se esfuerza por no arriesgar la pérdida de esta relación.

2.1.6.3 El uso del elogio

Nuestra cultura está condicionada contra el elogio directo y hay una presión fuerte para ser modesto en la expresión de relaciones o autoimagen. Por esto el elogio directo puede resultar incómodo para un niño, puede además estar en conflicto con opiniones anteriores; si se le dice que es valiente antes de haberlo probado y se le ha descrito en el colegio como cobarde, hay presente una contradicción obvia, alguien está equivocado, o miente. Una manera de evitar esta situación es describir la conducta del niño de tal modo de que él saque sus propias conclusiones: "hoy me has ayudado mucho", "te agradezco que te hayas portado tan bien". En ocasiones pareciera que si los padres no demostraran una tremenda emoción al terminar la sesión, abrazando comportaría mejor en la próxima oportunidad. Si es recibido en la sala de espera como si hubiera escapado ileso de una situación del más alto riesgo, es probable que intuya que efectivamente la relación con el dentista tiene un elevado grado de peligrosidad, y presente, en consecuencia, una conducta inapropiada.

La conducta de los padres en estas ocasiones puede ser modificada al explicar por qué se le pide naturalidad y sobriedad al recibir al niño. Si se les invita a verlo a mitad del tratamiento, cuando el niño está tranquilo, podría disminuir su ansiedad, al constatar que el hijo está cómodo y relajado y no soporta sacrificio sobrehumano; se hace así menos probable que lo acojan, a la salida del consultorio, como un prisionero de guerra de regreso a casa.

El principio más importante es que el elogio de relacione con los esfuerzos y logros del niño y no con su carácter y personalidad. Los comentarios deben ser hechos de manera que este pueda deducir de ellos características positivas en su comportamiento y capacidad de adaptación.

Se había propuesto que la autoestima no sería un factor determinante en la infancia temprana, sin embargo se ha descrito la importancia de la

estética aun para niños de corta edad. Lo cual es un elemento digno de consideración.

2.1.6.4 Presentación de opciones

En general, a todos los niños debería permitírseles algún grado de control sobre las modalidades del tratamiento, ofrece examinar la arcada superior o inferior, descansar un mínimo, o continuar, etc.; permite al paciente participar de un modo activo en la secuencia de acciones que se cumple en su boca y le informa que él sigue existiendo como persona para el profesional que lo atiende.

Cuando el niño llega a la consulta es confrontado con muchas opciones; si se puede elegir entre algunas, se afirmara su confianza en su capacidad para resolverlas y se hará participe de un tratamiento que, para tener éxito, necesita ciertamente del concurso mutuo de profesional y paciente.

2.1.6.5 Evaluación de resultados

La infancia es en cierto modo un estudio de las consecuencias de las actividades y, según esas, proseguirlas, modificarlas, o eliminarlas.

Reconocer la corrección juega un papel muy importante, informa sobre la adaptación a las circunstancias, ayudando a desarrollar y mejorar la autoestima. Al menos se le puede pedir adivinar cuantos dientes tiene, el propósito del sillón dental o de algún botón o accesorio; cualquier respuesta, aun parcialmente correcta, es rápidamente recompensada con el reconocimiento de la percepción e inteligencia del niño. Igualmente, su cooperación debe de ser reconocida.

El dentista debe buscar la manera de agradecer y felicitar, el resto del mundo esta tan ansioso de señalar sus errores que queda algunos adultos la posibilidad de felicitar a los niños cuando lo hacen bien.

2.1.6.6 Autenticidad del aprecio

Los niños necesitan ser queridos y saberlo: el sentimiento del adulto a de ser autentico, ya que aquellos perciben con mucha rapidez la insinceridad. Si el dentista no tiene agrado por los menores tendría que

fingir y eso representa un obstáculo mayor en relaciones con esos pacientes.

Se puede decir, sintiéndolo, "tu me gustas; fue fácil trabajar contigo, muchas gracias", y obtener una recompensa grande con un esfuerzo menor. En las relaciones humanas, los agentes de ayuda no son solamente las técnicas, sino las personas que las emplean; sin simpatía y autenticidad las técnicas fallan.

2.1.6.7 Las reglas del juego

En el proceso de comunicación que influye la consulta, el dentista debe establecer desde el principio, paulatinamente y con claridad cuales son las reglas del juego, las normas y modalidades durante las sesiones. El niño necesita, para desenvolverse progresivamente mejor, un sistema de referencia consistente, un esquema conocido y de pocas variaciones, y una vez establecidas estas rutinas el dentista no debe separarse de ellas, y aun así es necesario explicar las razones del cambio. Hay que ser particularmente claro en establecer que conductas son permisibles y cuales no, ofrecer desde el principio un rango de expresiones emocionales aceptables ("a mi no se me grita"). En el hogar suele existir inconsecuencia en el resultado de una actividad, que puede tener premio o castigo dependiendo del clima del momento. Para el dentista es más fácil mantener por tiempo breve una actitud consistente, ayudando así al paciente a equilibrarse en el medio odontológico, sin el desconcierto que produce la ambigüedad en el criterio de corrección o incorrección.

Para algunos adultos resulta difícil imponer disciplina. Sin embargo, el dirigir la conducta facilita el ajuste a los requerimientos de la sociedad; el niño puede a veces protestar, pero en el fondo está satisfecho de saber que alguien tiene el buen juicio para protegerlo de su inexperiencia. En este sentido, el dentista tiene un papel importante que cumplir y participar con responsabilidad en la formación personal de sus pacientes.

2.1.7 PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA

La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc. todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental.

2.1.8 DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO Y TECNICAS BASICAS PARA SU MANEJO.

a) Conducta Descontrolada

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo y establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

b) Conducta Desafiante

Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

c) Conducta Timida

A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

d) Conducta Cooperativa tensa

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad

e) Conducta Llorosa

Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto.

La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva.

Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

2.1.9 ALGUNOS FACTORES AMBIENTALES QUE PRODUCEN CONDUCTAS DETERMINADAS EN LA CONSULTA.

Como se ha explicado, en el desarrollo psicológico hay un permanente y riquísimo juego entre la herencia y el ambiente, este último es de compleja y variada naturaleza y explica la diversidad de la persona resultante. Algunas variables en el ambiente tiene directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista; esta representadas por la influencia de sus padres, su grupo de referencia escolar y sus antecedentes medico- dentales.

2.9.1.1 La influencia de los padres

Se puede adelantar que el dentista que trata niños tiene una proporción menor de niños problemas que padres problemas. Las actitudes de sus mayores pueden describirse bajo algunas circunstancias que permite anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños.

- a) Sobreafecto: situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada en el único hijo, en el adoptado, o en el

menor de la familia. Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar.

- b) **Sobreprotección:** se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue o se junte con otros, con el argumento que pueden dañarle, ensuciarlo o contagiarlo. El niño manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situaciones y rehúsa jugar con otros niños en igualdad de condiciones, pretende guiar al dentista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece en resumen la falta de disciplina.
- c) **Sobreindulgencia:** consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, especialmente de aquellos que durante su infancia no tuvieron muchas facilidades y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas. También se observa en adultos que tienen a los niños por algunos periodos y eligen esta vía para no tener dificultades con ellos, como es el caso de algunos abuelos. El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar a menos que exceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabietas, exhibiendo igual conducta con el dentista.
- d) **Sobreansiedad:** actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son jóvenes e inexpertos o cuando es su hijo único obtenido con dificultad. Se ejerce sobre el niño sobreafecto y sobreprotección motivados por el temor y la ansiedad. El niño así tratando depender de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas, muy notorio en la consulta odontológica además, cualquier problema menor de salud, lluvia o frío, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.
- e) **Sobreautoridad:** los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos con un determinado tipo de comportamiento, a este efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel.

Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad, lo cual es perfectamente en el consultorio. El dentista autoritario puede identificarse con la figura paterna, materna, manteniendo ese esquema, pero debería en cambio permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades o motivaciones para capacitarlo y gradualmente a la adaptación y exigencia del tratamiento.

- f) Falta de afecto: la indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle, por incompatibilidad entre el padre y la madre, no ha sido deseada o el sexo del niño no fue deseado. El niño que vive en esta situación suele ser tímido y retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc. En la conducta asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a ese niño a una relación muy satisfactoria.
- g) Rechazo: por las mismas causas anteriores, mas aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc., esos actúan alejados del niño, manteniendo con el una actitud negativa de critica, de castigo, de disciplina exagerado e inconstante: el resultado suele ser un niño desobediente e imperioso, que puede pretender una capacidad de mando inexistente, propenso a pataletas, puede ser mentiroso, o robar. El profesional que reconozca esta circunstancia puede con comprensión y preocupación llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, solo que no le entrega con facilidad, porque el ambiente le ha enseñado a protegerse.

2.1.9.2 La influencia de la escuela

Los niños que asisten a escuelas de párvulos tienen la oportunidad de estar en compañía de otros, adquiriendo experiencias que no tienen aquellos que son confiados en su hogar hasta la edad escolar.

Durante la educación básica, la información es de otra índole, ya que la acción del odontólogo suele presentar, y a veces exclusivamente, extracciones y tratamiento de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles "escalofriantes" aun auditorio muy atente. Si esta es la primera noticia de odontología, es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y esta en mano de este presentar la otra cara de la profesión.

2.1.9.3 Antecedentes medico- dentales:

Cuando se realiza el desarrollo emocional de niño, es aparente la importancia de la salud del niño en su umbral de respuesta a los estímulos propios de la emoción. Para el dentista es útil saber que si han estado enfermos en su hogar por periodos prolongados, puede presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección y sobre indulgencia. Los niños que han estado hospitalizados pueden tener excelentes adaptaciones a los requerimientos de las presentaciones de salud y, en otra posibilidad haber tenido malas experiencias que le hacen asociar y generalizar temor a la odontología.

2.1.9.4 Refuerzo

Este poderoso principio de aprendizaje mediante condicionamiento operante esta basado en el hecho que las conductas del hombre son influidas por sus consecuencias. Si el resultado de una actividad es positivo (recompensa) la conducta será repetida (reforzada). Si el resultado es negativo, la conducta pierde fuerza o se extingue. El término operante implica que se puede intervenir en las consecuencias de una conducta para modificarla o eliminarla.

Según este esquema de condicionamiento operante, para consolidar y aumentar respuestas correctas es necesario premiar o recompensar. Los premios, o reforzadores, pueden ser de variada naturaleza: son primarios y tienen importancia biológica o satisfacen una necesidad fisiológica; secundaria si es necesario previamente asociarlos con reforzadores primarios, por ejemplo, dinero, afecto, atención, aprobación.

El dentista tiene que operar en el ambiente del niño para reforzar las conductas positivas de su paciente y para evitar recompensar aquellas negativas. Los reforzadores sociales son los mas empleados y, entre ellos, el elogio. Se describe a continuación una secuencia de este procedimiento.

a) ¿Qué se elogia? Cualquier conducta adecuada que se quiere observar nuevamente. Pequeños avances hacia la conducta final deseada (aproximaciones sucesivas) equivalentes a conformación progresiva de conductas.(ver grafico.1)

b) ¿Cómo elogiar? Dar instrucciones simples, precisas y claras, proveer atención positiva (contacto visual, palabras agradables, contacto afectuoso físico), ser simple y específico sobre lo que se quiere, no destruir el efecto positivo añadiendo crítica después del elogio.

(ver grafico.3)

c) ¿Cuánto elogiar? Inmediatamente, para lograr el máximo efecto; sino es posible, el elogio atrasado también es efectivo. Elogiar cada vez que ocurra la conducta, ya que la consistencia es muy importante. Una vez establecida la conducta, esta puede ser elogiada intermitentemente; se ha estudiado un elogio mínimo para cada cinco conductas positivas. El esfuerzo intermitente o parcial tiene una gran fuerza, mayor aun que la consecuencia positiva de cada conducta adecuada. La obtención de una recompensa, con un cierto ritmo hasta un cierto punto impredecible, explica la dificultad de eliminar el hábito del jugador compulsivo.

La situación contraria, no reforzar una conducta indeseable, es también crítica, si se piensa que dejar la consulta es la recompensa más poderosa que un paciente pueda recibir, la salida de ella debe ser bajo ciertas condiciones. La fantasía, agresión, resistencia y retirada son algunos de los medios de que dispone el niño para terminar una situación adversa. Si alguno de ellos resulta, aun momentáneamente, el paciente infantil ha aprendido una manera disfuncional de manejar su miedo y ansiedad. El paciente dejara de oponer resistencia injustificada, o de manifestar conductas obstructivas si sus tácticas no dan resultado, sino son

reforzadas. Una de las técnicas basadas en este principio es ignorar la situación, secuencia que se examina a continuación:

d) ¿Qué se ignora? Conductas inadecuadas pero tolerables, técnicas dilatorias, evitación o demora del tratamiento, distracción, conductas molestas, ruidos, interrupciones, solicitudes, ordenes.

e) ¿Cómo ignorar? Separarse del niño con la instrucción de cambiar actitud, no responder en absoluto, ser firme y continuar ignorando al niño, elogiar el primer signo de conducta deseada. Hay que recordar que el niño puede acelerar y aumentar la o las conductas inadecuadas antes de cooperar.

Hay aun conductas negativas agudas: rechazo franco y complejo descontrol emocional ya descrito, en la forma de llanto obstinado o pataleta. En estos casos el clínico se ve enfrentado a una situación que no puede ser pospuesta. Diversas técnicas bajo el título restricción física se han descrito con ese propósito. El objetivo es la terminación de la conducta intolerable o por lo menos disminuirla; por sus características imposibilita absolutamente el examen del paciente y no existen vías operativas de comunicación. El proceso se inicia con una orden perentoria de sede, de naturaleza específica; si el resultado es bueno el episodio se da por terminado y se refuerzan conductas positivas.

Lo que se debe hacer

Conocer el nombre del paciente

Presentarse al paciente, saludarlo de manos y mirarlo a los ojos

Permitir que vaya al baño antes de iniciar la cita

Permitir que se siente solo en la silla

Programar que se encuentre en ayunas, antes de iniciar un procedimiento extenso, o de proceder a la toma de impresiones

Ajustar la luz para evitar que incomode al paciente

Dejar fuera de la vista del niño o tapar el instrumental

Utilizar el dique de goma y emplear una adecuada succión

Utilizar una buena técnica de anestesia local

Documentar la historia del diagnóstico, las técnicas utilizadas y la evolución del comportamiento del paciente.

Lo que no se debe hacer:

Utilizar lenguaje inapropiado y en tono infantil

Tomar o levantar al niño innecesariamente

Tomar al niño sin el permiso de la madre

Centrar la conversación con los padres e ignorar al paciente

Hacer movimientos y mover la silla sin avisarle al niño u

Utilizar palabras amenazantes tales como aguja, anestesia, dolor, inyección, sangre y cortar.

Hacerle preguntas al niño que le permitan asumir el control tales como ¿por favor me abres la boca?

2.1.10 Éxito del Tratamiento Odontopediatría

Una adecuada relación Dentista – Niño – Padres

Un adecuado Diagnóstico y plan de tratamiento.

(HC, Riesgo de caries, Evaluación Clínica, Radiográfica, IHO, dieta, etc)

Adecuadas técnicas de manejo de conducta.

Amplio conocimiento en cariología y un instrumental adecuado

Conocimiento del desarrollo psicológico.

Estrategias adecuadas para el manejo de ansiedad

2.2 ELABORACIÓN DE HIPOTESIS

Si se aplican técnicas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas se disminuiría el nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Independiente: Si se aplican técnicas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas.

Dependiente: Disminución del nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES			
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS
Técnicas Farmacológicas y/ no Farmacológicas	Son técnicas útiles en casos donde las reacciones del niño son incontrolables y mediante el cual se utilizan una serie de medicación y también y técnicas especiales donde se usa el pensamiento y la imaginación	Sirve para prevenir complicaciones futuras durante el tratamiento dental, sobre todo en niños con maltrato, tímidos o con alguna discapacidad.	Por medio de uso de medicación adecuada y técnicas psicológicas especiales para así evitar problema durante la consulta dental.
Miedo/Ansiedad	Es conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos de carácter displacentero, desagradable provocado por la percepción de un peligro.	Sirve para identificar y poder poner alerta ante una situación desconocida.	Prevención Pronostico Tratamiento

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue realizada en la Universidad de Guayaquil en la Facultad Piloto de Odontología.

3.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó la recopilación de datos durante el año 2011 – 2012.

3.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1. TALENTO HUMANOS.

Autor: María Isabel Terán Yopez

Tutor Académico: Dr. Nicolás Llaguno.

Tutor Metodológico: Dr. Miguel Álvarez

3.3.2. RECURSOS MATERIALES

Se utilizaron los siguientes recursos materiales como son: libros, páginas de internet y artículos de revistas.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Esta es una investigación de tipo descriptiva y por esta razón no cuenta con análisis de universo y muestra, ni existe población, no se realiza experimento alguno sino se describirán las técnicas farmacológicas y no farmacológicas para contrarrestar el nivel de miedo y ansiedad del niño frente al odontólogo.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo bibliográfico ya que se consultaron varios libros actuales, artículos de revistas, paginas científicas que permitió elaborar el marco teórico para poder contrarrestar el comportamiento del niño en el consultorio dental.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de Carácter no experimental de tipo Bibliográfico, de corte longitudinal sobre los factores que determinan la conducta negativa del niño en la consulta, tomadas como unidad básica de estudio.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

El comportamiento del niño en la clínica dental, se ve afectado por el grado de ansiedad que el odontólogo y el tratamiento dental le producen.

Las técnicas citadas en esta investigación resultaran beneficiosas para los estudiantes de la Facultad de Odontología para así evitar fracasos en un futuro.

Los niños serán buenos pacientes adultos si sus citas con el odontólogo durante su niñez no les producen ningún tipo de ansiedad o miedo.

El odontólogo debe ser capaz de conocer al niño tanto en su desarrollo psicomotor como emocional.

Los tratamientos odonto-pediátricos están fuertemente ligados al tipo de ansiedad que los niños presentan al acudir al consultorio dental. Muchas veces este tipo de ansiedad es transmitida de la madre a los hijos debido a que los niños menores de 5 años son más dependientes de sus progenitoras. Es por esta razón que el odontólogo debe aprender a manejar la relación odontólogo/madre/hijo desde que éste último es muy pequeño para poder así ir familiarizándolo a futuros tratamientos odontológicos ayudándolo de esta manera a perder el miedo.

La psicología representa un perfil importante para nuestra carrera odontológica, y más aun para la rama de odontopediatria, en la cual el odontólogo tiene que saber el trato adecuado para trabajar con niños, ya sea niños especiales o sin ninguna discapacidad. Este documento nos informa claramente cómo seguir esos pasos y la actitud que un odontopediatra debe mostrar hacia su paciente.

Es importante considerar que el conocimiento que tienen los padres y actitud frente a la importancia de la salud oral, además de sus miedos frente al odontólogo.

4.2 RECOMENDACIONES.

Mediante esta investigación se da a conocer la importancia sobre la atención que se les debe brindar a los niños.

Sería conveniente como profesional instruir a los padres de familia para que ellos junto con el odontólogo se preocupen por reducir el nivel de miedo y ansiedad que podría producirse en la visita a la clínica dental.

Tanto el personal auxiliar como el odontólogo deberían de procurar mantener todo el instrumental fuera del campo visual del paciente y utilizar un vocabulario sustituto para la terminología dental, evitando fracasos en el tratamiento.

Se deben instaurar desde muy pequeños, hábitos de cuidado bucal, como cepillado de dientes y evitar alimentos azucarados y fuera del horario de las comidas. Si el niño tiene desde pequeño instaurado este tipo de hábitos, será más amigable para el niño conocer al odontólogo. Los odontopediatras y los odontólogos generales deberían utilizar periódicamente algún tipo de prueba para verificar el nivel de ansiedad y miedo que se está produciendo en sus pacientes.

En la odontología pediátrica, el conocimiento, del paciente y el estudio de su comportamiento que son las bases del manejo del paciente deben fundamentarse científicamente. La práctica clínica exige que el odontólogo este preparado y tenga un conocimiento sólido sobre la forma de manejar a sus pacientes, de modo que pueda brindarles un tratamiento odontológico con la calidad, seguridad, comunicación, cooperación y motivación adecuadas para alcanzar una salud oral óptima.

Algo fundamental es que los padres deben tener plena confianza en el odontólogo(a) y dejar que él maneje la situación, ya que si el niño percibe algún tipo de aprensión será muy difícil lograr la confianza que necesita.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Adaptación del niño /html/actaodontologica.com
http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp
2. Adaptación del niño a la consulta dental/html/scribd.com
<http://es.scribd.com/doc/512972/adaptacion-del-nino-a-la-consulta-odontologica>
3. Baggini CE, Gilgun LC. En diálogo con el odontólogo y el psicólogo. Segunda parte[en Internet]. [Citado 6 enero 2005]. [aprox. 3 p.]. Disponible
<http://www.odontologiaonline.com/pacientes/pac09/pac09.html>
4. Barberia Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C. Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental.
5. Carpio Galindo Tatiana, 2002 -Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala y los Factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental; Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.
6. Comportamiento del niño /html/monografias.com
<http://www.monografias.com/trabajos904/comportamiento-nino-odontologico/comportamiento-nino-odontologico.shtml>
7. Gallegos, Luis; Miegimolle, Mónica; Planells, Paloma, 2002- Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta odontol. venez vol.40, caracas- Venezuela.
8. García, Atzimba Islas; Parés Vidrio, Gustavo E; Hinojosa Aguirre, Alejandro, Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el

9. odontopediatra comparando tres métodos de información, Medigraphic.; Revista Odontológica Mexicana.
10. García Martínez Elena, 2010 - Conducta de los niños en la consulta dental y su ambiente Familiar 120 h. México, D.F, Departamento de Estomatología, Universidad Autónoma Nuevo León.
11. Guía del manejo del niño/htm/ortopedivo.com
<http://www.encolombia.com/ortopedivol197-guiademanejo9-2.html>
12. Olivera Carolina, 2007- Aspectos Psicológicos de la Odontopediatría; Perú, Lima; Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Estomatología.
13. Phral Mendoza Mónica, 1992 - La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco; Guatemala, Universidad Francisco Marroquín.
14. Pulaski, M. (1978). *El desarrollo de la mente infantil*. España: Paidós
15. Reyes DD, manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica, 2005 - Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría; Caracas - Venezuela
16. Richaud de Minzi, M.C. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los Niños y las Niñas de las Relaciones con sus Padres y Madres. *Revista Interamericana de Psicología*. 36, (1) 149-165.
17. Rodríguez Vásquez, Carlos Silvio, 2009 - Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil, Odontología Vital, Revista Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.
18. Stone L.G, Church J. (1995) *Niñez y Adolescencia*. 19° Edición, Argentina: Lumen Hormé.
19. Terapias no farmacológicas para el manejo del dolor/html/drugs.com
http://www.drugs.com/cg_esp/terapias-no-farmacol%C3%B3gicas-para-el-manejo-del-dolor-en-ni%C3%B1os-aftercare-instructions.html

ANEXOS



Grafico.1. Paciente Manejable

Fuente: <http://pequelia.es/54293/la-musica-disminuye-la-ansiedad-infantil-en-la-visita-al-odontologo/>



Grafico.2. Paciente con sedación consciente

Fuente: <http://xpertdent.com/sedacion.html>



Grafico.3. Relacion Paciente/ Odontologo

Fuente: <http://rmanzanares.blogspot.com/2010/03/la-relacion-paciente-odontologo.html>



Grafico.4. Manejo Psicologico del Paciente Odontopediatrico

Fuente: <http://www.crecebebe.com/tag/dientes-ninos/>



\$ 1,15

Un dólar Americano CON
QUINCE Centavos
CINCO CÉNTAVOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N° 12 - 15543

NOMBRES: 0927107391

TERAN YEPES MARIA ISABEL

FACULTAD: 1002

05/03/2012 09:09:08
Guayaquil, 17 de marzo del 2012

16/01/12

Doctor
Washington Escudero Gortz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad:

De mis consideraciones:

Yo, **Teran Yepes Maria Isabel**, con CI **0927107391**, estudiante del **Quinto año Paralelo 2**, de la carrera de Odontología, solicito a usted me designe Tutor Académico para poder realizar el **TRABAJO DE GRADUACION**, previo a la obtención del Título de Odontólogo, en la materia de Odontopediatría.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

Teran Yepes Maria Isabel
CI 0927107391

Dr. Pedro Flores

Se le ha asignado al Dr.(a) _____ para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.

Dr. Washington Escudero Gortz
DECANO

16/03/12
Pedro Flores

C9-N° 0067063



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N° 12 - 15543

\$ 1,15

NOMBRES: 0927107391

TERÁN YÉPEZ MARÍA ISABEL

UN 888 Americano CON
QUINCE Carátulas
11x17cm

FACULTAD: 1002

05/03/2012 08:00:00

Guayaquil, 30 de Abril del 2012

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad:

De mi consideración:

Yo, Terán Yépez María Isabel con C.I. N° 0927107391 Alumna de Quinto Año Paralelo N° 2 periodo lectivo 2011 - 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD DEL NIÑO FRENTE A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA PARTICULAR."

Objetivo General:

Proporcionar estrategias y técnicas de medición de conducta en niños que permita al profesional en general conseguir comportamiento eficaces y satisfactorios en la consulta odontológica particular.

Justificación: Este trabajo investigación trata de un estudio sobre los niveles del miedo y la ansiedad del niño para así evitar fracasos múltiples y mantener el manejo adecuado, basándose en una buena relación paciente/odontólogo dependiendo del comportamiento del niño se puede utilizar métodos adecuados de manejo, en esta investigación se busca que el niño sea un buen paciente ahora y hasta su adultez y lograr una excelente salud integral del niño y que cumpla con los fines de la odontopediatría.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

mayo 2012

Terán Yépez María Isabel
C.I. 0927107391

Dr. Nicolás Uguro
TUTOR ACADÉMICO

C9-N° 0067064

