



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

**“Modificación del Comportamiento del Paciente Infantil en
el Tratamiento Odontopediátrico”**

AUTORA

Karla Denisse Guale Ollague

Tutora:

Dra. Zoila Andrade de Ramos.

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:

EL TEMA

”Modificación del comportamiento del paciente infantil en el tratamiento Odontopediátrico”

Presentado por:

Karla Denisse Guale Ollague

0926804378

Apellidos y nombres

cédula de ciudadanía

Tutores

Dra. Zoila Andrade.

Tutor Académico.

Dra. Zoila Andrade.

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz.

Decano.

Guayaquil, junio de 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la Autora.

Karla Denisse Guale Ollague

C.I. #092680437-8

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, siguiendo agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me eh propuesto hasta el momento.

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 la Dra. Zoila Andrade de Ramos 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 la concreción de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a mis padres quienes desde temprana edad me inculcaron el valor del trabajo duro y de superarse día a día así como los diferentes valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida, también dedico el esfuerzo a mi hijo quienes han estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Caratula	
Carta de Aceptación de los tutores	I
AUTORIA	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Índice General	V
Introducción	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Preguntas de investigación.	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo General.	2
1.3.2 Objetivos Específicos.	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad.	3
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	4
Antecedentes	4
2.1 Fundamentos teóricos.	5
2.1.1 Definición de Comportamiento.	5
2.1.2 Abordaje Psicológico del Comportamiento de los niños.	5
2.1.2.1 Pacientes Odontológicos Infantiles.	6
2.1.2.2 Variables que Influyen el Comportamiento del niño durante su atención Odontológico.	6
2.1.2.3 Clasificación del Comportamiento del Niño de acuerdo a su Cooperación.	10
2.1.2.4 Padres de los Pacientes Pediátricos.	12
2.1.2.5 Modificación del Comportamiento Previamente a la cita.	14
2.1.3 Manejo del Niño en el Consultorio Dental.	15

2.1.3.1 Fundamentos del Comportamiento Dirigido.	15
2.1.3.2 Comunicación con el Niño.	15
2.1.3.3 Técnica de Reacondicionamiento.	18
2.1.4 Cambios del Comportamiento de Acuerdo a las Condiciones: Ambientales, Dentarias, Genéticas y sistémicas.	18
2.1.4.1 Algunos factores Ambiental que Producen conductas Determinadas en la Consulta.	19
2.1.4.2 Modificación del Comportamiento por las Condiciones Sistémicas.	22
2.1.4.3 El Comportamiento Modificado por la Condición Genética.	29
2.1.5 Técnica de Modificación del Comportamiento.	44
2.1.5.1 Técnica para Implantar Comportamiento.	44
2.1.5.2 Técnica para Mantener o Incrementar Comportamiento.	47
2.1.5.3 Técnica para Reducir Comportamiento.	49
2.1.6 Esquematización de las Conclusiones Técnicas para Tratar Comportamiento Diferenciales del Paciente.	55
2.2 Elaboración de Hipótesis.	56
2.3 Identificación de las variables	56
2.4 Operacionalización de las variables	56
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.	57
3.1 Lugar de la investigación	57
3.2 Periodo de la investigación	57
3.3 Recursos Empleados	57
3.3.1 Recursos Humanos	57
3.3.2 Recursos Materiales	57
3.4 Universo y muestra	57
3.5 Tipo de investigación	58
3.6 Diseño de la investigación	58
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	59

4.1 Conclusiones	59
4.2 Recomendaciones	59
Bibliografía.	61
ANEXO.	63

INTRODUCCION

A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos. Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea.

El propósito de este trabajo es el dar a conocer algunas técnicas que debe poner en práctica el odontólogo para la comprensión y manejo de la conducta del niño, con el fin de facilitar el tratamiento del paciente a la consulta odontológica. Entre esas técnicas se mencionan: métodos afectivos en el manejo de la comunicación, el cual aparece en la guía de la Academia Americana de Odontopediatría, también se reseñan otros métodos, como el manejo de la conducta con imágenes visuales, modelamientos, entre otras.

No obstante, cabe señalar, que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padre. Sin embargo, tiene especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento bio-sicosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional de la Odontología.

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cuáles son las causas de las diversas patologías bucales infantiles que no han sido tratadas en su debida oportunidad y la falta de prevención de la salud oral en la provincia del guayas.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el motivo de la falta de odontólogo capacitado para la atención odontopediátrica?

¿Cuáles son las actitudes que pueden adoptar los padres frente al comportamiento de sus hijos?

¿Cuáles son las manifestaciones de comportamiento que se presenta en los niños?

¿Cuál es el limitante para que el odontólogo no atienda pacientes infantiles?

¿Cuáles son las variables que influyen el comportamiento del niño durante la atención odontológica?

¿Cuáles son las técnicas que se debe poner en práctica el odontólogo?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las diferentes técnicas de modificación del comportamiento infantil en el tratamiento odontológico en la Facultad Piloto de Odontología en el Periodo lectivo 2011.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Reconocer los diferentes factores que intervienen en la conducta de un paciente infantil.

Indicar las consecuencias que conlleva la modificación del comportamiento.

Explicar cómo tratar a los pacientes difíciles.

Revisar las investigaciones similares acerca del estudio de la modificación del comportamiento.

Presentar los resultados de las investigaciones sobre las técnicas de modificación del comportamiento.

Dirigir programas de salud oral

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

En la atención odontológica de un paciente infantil muchas veces nos encontramos con pacientes que podríamos llamar difíciles no por el tratamiento que requiere si no por la disposición de este , en tal sentido este trabajo pretende dar a conocer al odontólogo las técnicas de modificación del comportamiento y que sirva como herramienta básica para crear y mantener posiciones y niveles óptimos de adaptación en la consulta odontológica, y reducir un comportamiento negativo que en la mayoría de las veces es adquirido de acuerdo al medio en el que se desenvuelve.

1.5 VIABILIDAD.

El estudio de la modificación del comportamiento infantil es factible por cuanto se realizara en base a las investigaciones , tomando en cuenta a la sociedad y al odontólogo para que en la práctica obtengan el conocimiento adecuado, es así que han determinado la información acerca de este en libros, artículos, páginas de internet, revistas, etc. De donde hemos tomado la información necesaria.

Se utilizara una metodología cuasi experimental, descriptiva, científica, bibliográfica con las cuales se reúnen las características y condiciones que aseguran el cumplimiento de los objetivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

Desde tiempos muy remotos tanto Platón como Aristóteles escribieron sobre la infancia. Platón sostenía que los niños vienen dotados de habilidades específicas que su educación puede potenciar. Sus puntos de vista se mantienen hoy en día en relación a las diferencias individuales ante una misma educación. Aristóteles, a su vez, ideó métodos de observación del comportamiento infantil que fueron precursores de los que hoy se aplican.

En el siglo XVIII el filósofo francés Jean Jacques Rousseau postuló que los niños deberían expresar sus energías para su desarrollo en forma libre, en ambientes no restrictivos, ideas que aún siguen apoyándose. En el siglo XIX, la teoría de la evolución de Darwin, (1809 - 1882) dio un impulso al estudio científico del desarrollo infantil. A comienzos del siglo XX, en 1916, el psicólogo Lewis Terman, introdujo el Test de inteligencia conocido hoy como el **Test de Stanford Binet**, que condujo a una serie de estudios acerca del desarrollo intelectual del niño.

El psicólogo estadounidense Arnold Gessel, creó un instituto en la Universidad de Yale para estudiar a los niños, introduciendo el método de la filmación para analizar el comportamiento infantil, planteando por primera vez un desarrollo intelectual por etapas. Los resultados ofrecieron gran información sobre el desarrollo evolutivo, pero no hacían referencias sobre las variables ambientales. Sigmund Freud, hizo hincapié en la influencia de las variables ambientales sobre el desarrollo del niño, resaltando la importancia del comportamiento de los padres durante la infancia y estableciendo una serie de teorías básicas sobre el desarrollo de la personalidad.

John B. Watson, principal representante del conductismo, insistió también en la importancia de las variables ambientales analizadas como estímulos condicionantes. A comienzos de la década de 1960, los trabajos realizados por el psicólogo suizo Jean Piaget, dio lugar a teorías más

avanzadas sobre el desarrollo infantil, ya que utilizan métodos de observación y experimentales, teniendo en cuenta las variables biológicas y ambientales.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 DEFINICION DE COMPORTAMIENTO:

La palabra comportamiento generalmente se refiere a acciones de las personas un objeto u organismo, usualmente en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, público u oculto, voluntario.

2.1.2 ABORDAJE PSICOLOGICO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS.

Los fundamentos para la práctica de la odontología para niños radican en la capacidad de guiarlos a través de sus experiencias odontológicas. En síntesis esta capacidad es un prerrequisito para poder atender sus necesidades odontológicas inmediatas.

Por ello, si los objetivo profesionales son los de promover actitudes positivas hacia lo odontológico y mejorar la salud bucal de la sociedad, los niños son las claves del futuro.

Una diferencia principal entre el tratamiento de niños y de adultos es la relación.

El tratamiento de adultos generalmente involucra una relación de uno a otro, es decir una relación odontólogo-paciente

El tratamiento de los niños, en cambio generalmente involucra una relación uno-a-uno, es decir es decir una relación odontólogo-paciente-niños-familia

2.1.2.1 Paciente odontológico infantil.

El desarrollo de los niños abarca el estudio de todas las áreas el desarrollo humano desde la concepción hasta la adultez. Comprende mucho más que el creciente físico., que muchas veces significa solamente un aumento de tamaño .el desarrollo implica un despliegue secuencial que puede comprender cambios de tamaño, forma, función, estructuras o habilidades.

2.1.2.2 Variables que influyen el comportamiento del niño durante su atención odontológica

Resulta axiomático que un niño temeroso o ansioso que supone que su visita al odontólogo será desagradable, probablemente tal experiencia, en comparación con un niño con menor grado de temor o de ansiedad. La ansiedad y el temor afectan la conducta del niño y, en gran medida, determinan el éxito de una sesión odontológica. Las diversas escuelas psicológicas concuerdan en que la ansiedad es un rasgo de la personalidad por la misma razón, odontología tiene cierta dificultad para poder identificar los estímulos que llevan a que se comporte mal en el consultorio, aunque refirieron diversas variables de entre los antecedentes del niño.

Ansiedad maternal. En el pasado era costumbre de las madres, mas que los padres, acompañar a los niños al consultorio odontológico. Por esta razón el efecto de esta ansiedad materna sobre la visita del niño al odontólogo ha sido objeto de considerable atención en la literatura odontológica.

Historia médica .la importancia de la historia médica, una variable de gran complejidad, se debate desde hace anos. Algunos odontopediatras creen que tienen poca importancia en cuanto a la conducta del niño en el consultorio odontológico, mientras que otros la consideran un factor primordial que afecta la cooperación del niño. Sin embargo hay acuerdo general en cuanto a que los niños que tuvieron buenas experiencias

medicas son mas cooperativos con el odontólogo .lo que importa es el aspecto emocional de las visitas pasadas, más que la cantidad.

El dolor experimentado durante anteriores visitas al médico es otra consideración en la historia médica del niño. El dolor pudo ser moderado o intenso, real o imaginario. Sea como fuere, los padres creen que las experiencias dolorosas en anteriores consultas médicas se relacionan de manera significativa con la conducta de sus hijos en el consultorio odontológico.

Conocimiento del problema odontológico. Algunos niños llegan al odontólogo sabiendo que tienen un problema bucal. El problema puede ser serio como un acceso dental crónico o simple. Sin embargo hay una tendencia hacia la conducta negativa en la primera consulta odontológica cuando el niño cree o sabe que hay un problema. El hecho puede ser resultado de la aprensión transmitida al hijo por el padre o la madre. El significado de esta variable ofrece al odontólogo una buena razón para educar a los padres acerca de que sus hijos hagan una visita al odontólogo antes de tener algún problema.

Entre las variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica tenemos:

- Ambiente odontológico
- Odontólogo
- Personal Auxiliar
- Padres
- Niños
- Primera visita odontológica

A) Ambiente odontológico:

El primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto. Es necesario establecer un área adecuada, recreativa, separada del consultorio, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alentará al niño a

separarse de sus padres cuando él se incorpore a la sala clínica. Además, permitirá disminuir la ansiedad en la espera de la consulta.

B) 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. 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.

C) 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 una apariencia agradable.

D) 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, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.

E) 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.

- **Dos Años:** Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor. Cansancio fácil.
- **Tres Años:** Curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal. Deseo de imitación.
- **Cuatro Años:** Gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Confianza en sí mismo.
- **Cinco Años:** Estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.
- **Seis Años:** Alternancia entre el afecto y el rechazo. Autoafirmación. Tendencia a la hipocondría. Poco interés por el orden y la limpieza.

F) 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.

2.1.2.3 Clasificación del comportamiento de los niños de acuerdo a su cooperación.

Se han desarrollado numerosos sistemas de clasificación de la conducta de los niños en el ambiente odontológico. La comprensión de esto tiene un interés más que académico.

El conocimiento de estos sistemas puede ser para el odontólogo una ventaja en más de un sentido: puede ayudarle en la orientación del método de abordaje, pueden brindar un medio para registrar metódicamente la conducta y puede ayudar a evaluar la validez de las investigaciones actuales.

Una de la clasificación clínicas agrupa a los niños en 3 categorías;

A) Cooperadores: la mayoría de los niños pueden ser clasificados en este grupo, según nuestra propia experiencia, al utilizar la escala de Frankl, estos pacientes están, por lo general, razonablemente relajados, con un mínimo de temor, entusiasta en ocasiones, estableciendo con el dentista una rápida y fácil comunicación, su capacidad de adaptación les permite cumplir con los requerimientos de las acciones clínicas. El paciente cooperador puede, en consecuencia, ser atendido de manera expedita y eficiente.

B) Falta de capacidad de cooperación: puede ubicarse aquí aquellos pacientes con los cuales no puede establecerse comunicación; niños muy pequeños y niños con retraso mental.

C) Potencialmente cooperadores: pacientes en esta categoría son los niños problema. Su conducta no es cooperadora, pero a diferencia del grupo anterior puede ser modificada favorablemente, algunas manifestaciones típicas en este grupo son descrita a continuación:

- **Conducta incontrolada:** suele observarse en niños menores entre tres y seis años, con ocasión de su primera visita al dentista, la reacción en forma de “pataleta” puede empezar en la sala de espera o incluso antes que el niño llegue a la consulta. Se caracteriza por lágrimas, llanto fuerte, movimiento brusco de brazos y piernas, tirarse al suelo y resistir intentos por pararlo. Reacciones características de miedo o ansiedad aguda, este estado causa una regresión del niño a formas más infantiles de conducta
- **Conducta desafiante:** puede estar presente en niños de diversas edades, pero es más típica en aquellos de edad escolar, con expresiones tales como “no quiero”, “vete”, suelen reaccionar de igual modo en su casa, puede que los padres no tenga una disciplina adecuada. Una actitud firme y clara por parte del dentista suele tener resultados dramáticos, al desafiar la autoridad del dentista, el niño demuestra cierto valor. Con técnicas adecuadas ese coraje puede ser redirigido a las necesidades del tratamiento odontológico
- **Resistencia pasiva:** es otra forma del desafío, la cual se observa con más frecuencia en niños mayores, aproximándose a la adolescencia, ellos suelen tener como es lógico, una mayor autonomía para elegir vestimenta o expresar sus preferencias: si son forzados a la situación de estar en la consulta, puede rebelarse. La resistencia pasiva, niño sentado en el sillón tenso, con la boca cerrada evitando la mirada y rehusando hablar o responder, puede ser un problema difícil. Se requiere comprensión de su conducta y establecer una vía de

comunicación reconociendo sus causales, la negociación cuidadosa suele allanar la situación

- **Timidez.** Es esta una forma leve de negativismo que manejada erróneamente puede pasar a conducta incontrolada. Sus manifestaciones pueden ser sutiles y más difíciles de describir. Se esconden tras su mama, sin embargo, no resisten demasiado cuando se les separa, su expresión facial es inestable a veces hacen gestos de autodefensa, suelen aguantar las lagrimas. hay muchas razones para explicar esta forma de conducta, sobreprotección en el hogar, falta de contacto social, etc.
- **El temperamento en forma de timidez,** puede ser un factor en el desarrollo de miedo a la odontología, puede ser que este no se manifieste en problemas de conducta en el consultorio. La timidez debe ser identificada por ser pacientes en riesgo de desarrollar miedo.

2.1.2.4 Padres de los pacientes Pediátricos.

A) Padres sobre protectores: las actitudes de los padres sobre protectores a menudo impiden el progreso natural del niño hacia su independencia. Un ejemplo puede ser un padre que insiste en permanecer con el niño, cualquiera que fuese la situación o la edad del niño. Esta actitud puede surgir de una cantidad de factores como: una experiencia peligrosa para la salud del niño durante su gestación o después de su nacimiento, porque el padre o madre fue criado en un hogar donde faltaba calor y amor, por desajuste en la familia, y por ciertas perturbaciones psíquicas del padre o la madre, que le crean una necesidad anormal de que el niño dependa de ellos. Al describir estos padres las normas de atención por lo general, no ayuda en nada y pueden erigir barreras entre los padres y el equipo odontológico. Por lo general el odontólogo puede enfrentarla situación preguntando ¿Qué piensa usted acerca de acompañar a...? Esto crea una apertura para una discusión razonable. Apuntar a la falta de aprensión de los niños pequeños y a

señalar la importancia de establecer una relación uno-a-uno entre el niño y el odontólogo satisface generalmente a la mayoría de los padres sobre protectores.

B) Padres manejadores: el comportamiento manipulador se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes. Inicialmente las demandas pueden centrarse en la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o el tratamiento. Como las exigencias o manejos pueden ser contrarios a las normas de atención en el consultorio o a los mejores intereses para la atención de la salud bucal del niño. El profesional debe regular la situación y manejar a los padres. Qui también se hace el abordaje mediante una pregunta ¿su hijo tuvo algún problema en el jardín de infantes o la escuela? la mayor parte de los padres responde con comentarios acerca de los logros del niño. Esto permite que formulemos la conclusión lógica de que las consultas después del horario de clases están pensadas para los niños que tienen dificultades en la escuela. Con respecto a los padres que rechazan que se tomen radiografías a sus hijos, pueden usarse diversas estrategias. La simple información sobre los estándares de la odontología en consultorio no generara cambios positivos de actitud.

C) Padres hostiles: la conducta hostil la demuestran los padres que cuestionan la necesidad de modo receloso. La razón de la hostilidad puede no ser evidente para el profesional ocupado, pero puede ser el resultado de malas experiencias personales con la odontología, un negativismo general hacia el profesional de la salud, sentimientos de inseguridad en un ambiente extraño o errores de concepto en cuanto a la odontología. El odontólogo debe tener paciencia con estos padres. Porque puede ser que simplemente no entienda el tratamiento que se propone. Por otra parte, si el cuestionamiento de los padres persiste, el odontólogo puede reconocer una falta de comunicación y preguntar si alguien ofendió a ese padre.

D) Padres negligentes: los padres negligentes pueden no ser advertidos inicialmente. Por lo general se descubren porque no cumple con las citaciones, faltan a las consultas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. Algunos padres pueden apreciar los beneficios de la buena atención odontológica, a pesar de que llevan a sus hijos al odontólogo.

2.1.2.5 Modificación del comportamiento previamente a la cita.

Los psicólogos desarrollaron muchas técnicas para modificar la conducta de los pacientes usando los principios de la teoría del aprendizaje .esta técnica se denominan modificación de la conducta

Sin embargo, la modificación de la conducta previamente a la cita tal como aquí se explica, se refiere a algo que se dice o hace para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que este entre al consultorio dental. El merito de esta estrategia es que prepara al paciente niño y facilita su introducción en la odontología. Ha recibido una gran atención a causa de que la primera visita odontológica es crucial en la formación de las actitudes del niño con respecto a la odontología si la primera visita resulta agradable, allana el camino para los éxitos futuros.

En ano reciente se formularon varios métodos de modificación preoperatoria de la conducta con ayuda de medios audiovisuales.

Se produjeron películas o videos para brindar un modelo al joven paciente .el objetivo era que el paciente reprodujese la conducta exhibida por el modelo.

La modificación preoperatorio de la conducta puede efectuarse también con modelos vivientes de pacientes como por ejemplo hermanos, otros niños o los padres.

2.1.3 MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

2.1.3.1 Fundamento del comportamiento dirigido.

La conducta o manejo de la conducta implica a todo el equipo odontológico. Por cierto muchos asistentes dentales son invaluableles en cuanto a su trato con los niños.

Los siguientes principios de manejo de la conducta se centran alrededor de la actitud e integridad de todo el equipo odontológico.

- El abordaje positivo.
- La actitud del equipo.
- Organización.
- Veracidad.
- Tolerancia flexibilidad.

2.1.3.2 Comunicación con los niños.

Muchas técnicas efectivas han sido sugeridas para la comunicación. Estos puntos clave son pautas no reglas inflexible, porque en el mundo impredecible del trato con los niños debemos siempre estar preparados para improvisar según lo demande la situación.

A) Institución de la comunicación

Las ediciones anteriores de este texto afirmaban que el primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño es el de establecer comunicación. Por lo general se concuerda en que al entablar una conversación con un niño, el odontólogo no solo conocerá más de su paciente sino que también puede lograr que el niño se relaje. Hay muchos modos de iniciar la comunicación verbal y la efectividad de estos abordajes difiere según la edad del niño.

B) Determinación del comunicador

Los miembros del equipo dental deben ser sabedores de sus papeles al comunicarse con un paciente niño. Generalmente la asistente dental habla con el niño al llevarlo desde la sala de recepción al consultorio y durante la preparación del niño en el sillón odontológico .cuando llega el odontólogo, por lo común la asistente dental toma un papel más pasivo, porque el niño solo puede atender a una persona a la vez. Es importante que la comunicación surja de una fuente única. Cuando ambos, el odontólogo y la asistente dental, dan indicaciones, el resultado puede ser una respuesta indeseable simplemente porque el niño se confunde.

C) Claridad del mensaje

La comunicación es un proceso multisensorial complejo. Incluye un emisor, un medio y un receptor. El odontólogo o el equipo de salud son los emisores, la palabra hablada es frecuentemente el medio y el paciente niño es el receptor

Control de voz. En la literatura odontológica se hace referencia a la frase “control de la voz “es difícil describir esta efectiva técnica de comunicación usando la palabra escrita. Se usan órdenes súbita y firme para llamar la atención del niño o para que el niño suspenda lo que estaba haciendo. La conversación monótona y confortante se supone que funciona como la música con respecto al ánimo. En ambos casos, lo que se oye es más importante porque el odontólogo intenta influir en la conducta y no por medio de la comprensión o el intelecto. La teoría de chambers dice que el control de la voz es más efectivo cuando se usan con otras comunicaciones. Una orden súbita “deja de gritar y presta atención” puede ser una medida preliminar necesaria para la futura comunicación. El mismo mensaje pero expresado en un idioma extranjero probablemente sería igual de efectivo para detener una conducta desorganizadora del paciente que esta impidiéndola comunicación.

Usando en forma correcta en la situación apropiada el control de la voz es un instrumento de dirección efectivo de la conducta.

D) Manejo del niño en el consultorio dental.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por medio provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptaran la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en periodos de tiempo muy pequeños. Puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelve difícil y contradictorio. A los tres años es amigable y tiene un buen dominio de sí mismo, mientras que a los cuatro puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

El tratamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico esta generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que el puede interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que a los niños actúan por impulso, el miedo al dolor puede manifestarse en conducta desagradable sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para asustarse.

El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esta actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento.

Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencia

subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño .El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental.

Si es posible el odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre. Porque de otra manera el niño puede sentir que lo están esforzando a abandonarla.

2.1.3.3 Técnica de reacondicionamiento

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos.

El primer paso es el reacondicionamiento es saber si el niño teme excesivamente la odontología, y porque. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se troca en curiosidad y cooperación. Después de familiarizar al paciente con el equipo, la siguiente meta será ganar completamente su confianza.

2.1.4 CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES: AMBIENTALES, DENTARIAS, GENETICAS Y SISTEMICAS.

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, con el factor común de enfatizar el mas expendido accionar del profesional, más bien que la naturaleza de las reacciones infantiles.

2.1.4.1 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 antecedente medico dentales.

A. 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.

- **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. En el consultorio demuestra poco valor recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando a dejarles, abrazándoles o tomándoles la mano.
- **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 situación 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.

- **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.
- **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.
- **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, o 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.

- **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, cuando la concepción ni 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 para ambos.
- **Rechazo:** por las mismas causas anteriores, mas aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadures, 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.

B. 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.

La mayor socialización que esto representa, la necesaria adaptación o medio diferente, la negación de nuevos roles dentro del grupo, el intercambio de información, hace que, por lo general, sea más difícil para el dentista examinar estos niños; por otra parte, la imagen del dentista

para el preescolar de existir es positiva. Los compañeros de curso han sido sometidos a tratamientos preventivos o de dificultad menor y esta experiencia es relatada al grupo.

Durante la educación básica, la información es de otra índole, ya q la acción del odontólogo suele presentar, y a veces exclusivamente, extracciones y tratamiento de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles "escalofrantes" 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 está en mano de este presentar la otra cara de la profesión.

C. Antecedente 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.

2.1.4.2 Modificación del Comportamiento por las Condiciones Sistémicas.

Un buen estado de salud general es indicativo de bajo riesgo, por el contrario hay determinadas enfermedades que afectan el flujo salival disminuyéndolo, implicando un riesgo elevado de caries dental. Entre ellas el Síndrome Sjögren y otras enfermedades como diabetes mellitus, enfermedades del colágeno, la anemia perniciosa, la esclerodermia y la poliartritis. Otras patologías como: hipertiroidismo e hipotiroidismo, cardiopatía, asma, alergias, entre otras, y siempre con la autorización del médico de cabecera.

A. Diabetes Mellitus.

La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla: El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I); o las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II).

- **CLASIFICACION Y CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Tipo 1 (Insulinodependiente) Deficiencia absoluta de insulina por destrucción de las células β de la glándula (páncreas), relacionados con procesos autoinmunitarios o de etiología desconocida. Mayormente se presenta en niños y jóvenes (diabetes juvenil) y exige administración de insulina de por vida.

Tipo 2 (No insulinodependiente) debido a una disminución del efecto de la insulina, se manifiesta en el adulto, generalmente en individuos con sobrepeso. Existe hiposensibilidad a la insulina y la enfermedad puede tener una base hereditaria. El control metabólico se monitoriza determinando la hemoglobina/proteína glucosilada, este tipo de diabetes se trata con dieta, antidiabéticos orales e insulina en los casos de evolución complicada. En los obesos, la reducción de peso puede mejorar la situación metabólica.

- **Manejo Odontológico en Diabetes.**

Los diabéticos previamente diagnosticados que no sigan tratamiento o de quienes se sospeche que la terapia no está siendo seguida adecuadamente, remitir al médico para que revalore el caso.

La primera indicación que debe darse al diabético es que no altere su ingesta y el tratamiento, procurando el equilibrio medicamento – dieta, enfatizar sobre no alterarlos por causa exclusiva de la consulta dental y puntualizar el hecho de no asistir en ayuno para evitar la posibilidad de descompensación (hipoglucemia).

A un paciente que durante la consulta presente signos de descompensación, sin importar si ésta es hiperglucémica o hipoglucémica, se le debe proveer glucosa por vía oral o parenteral si hubiera pérdida de la conciencia.

Un diabético que presenta ansiedad, sudoración, cambios cardiovasculares y hambre puede presentar un estado hipoglucémico por lo que debe proveerse al paciente de bebidas dulces como jugos o té azucarado; en caso de inconsciencia debe aplicarse glucosa por vía intravenosa para estabilizarlo.

Cualquier tipo de tratamiento dental debe iniciarse hasta saber si el paciente está adecuadamente controlado de acuerdo con su condición individual.

Para manipulaciones quirúrgicas que incluyan extracciones, cirugía periodontal, cirugía bucal y maxilofacial, el control adecuado es necesario, pues no sólo se está expuesto a descompensaciones metabólicas, sino a complicaciones por deficiente reparación retardada, infección y sangrado secundario por defectos en la herida.

Tratándose de una emergencia las cifras menores a 180 mg/dL brindan un margen de seguridad en cuanto a sangrado; sin embargo, los riesgos de infección y reparación, seguirán comprometiendo el pronóstico del paciente.

Se pueden presentar sangrados postoperatorios al segundo o tercer día, por disolución exagerada de coágulos.

Dar citas matutinas ya que el paciente tendrá más capacidad adaptativa física y emocional para aceptar las visitas al consultorio dental. Promover un ambiente de tranquilidad y seguridad en el accionar para evitar sobrecarga emocional y física. El uso de tranquilizantes de tipo

diacepínico está indicado en pacientes que requieran ayuda complementaria.

Las infecciones, sobre todo las piógenas, deben atacarse firmemente por medio de medidas locales y sistémicas.

Hacer manipulaciones dentales y quirúrgicas, hasta asegurarse que la condición pulpar (periapical) y periodontal de los pacientes sea óptima.

Los procedimientos de higiene del paciente deben ser eficientes.

Por la diabetes misma, no hay restricciones en la elección anestésica para procedimientos bucales.

B. Hipertiroidismo:

Describe el exceso de T4, T3 o ambas. Etiológicamente las razones de esta hipersecreción varían desde la presencia de un tejido ectópico excedente (ovarios, conducto tirogloso, lengua), mecanismos inmunitarios alterados, hasta condiciones neoplásicas de la glándula misma o de la adenohipófisis

- **Signos y síntomas:**

Nerviosismo.

Temblores.

Intolerancia al calor.

Palpitaciones.

Pérdida de peso a pesar de un aumento de apetito.

Otros síntomas incluyen:

Cansancio.

Debilidad.

Insomnio.

Pérdida de pelo.

Ojos de pez.

C. Hipotiroidismo:

El hipotiroidismo es una afección en la que la glándula tiroides tiene un funcionamiento anómalo y produce muy poca cantidad de hormona

tiroidea. Las más referidas son el cretinismo o hipotiroidismo infantil y mixedema o hipotiroidismo del adulto.

- **Signos y síntomas:**

Cansancio.

Debilidad.

Aumento de peso.

Somnolencia.

Intolerancia al frío.

Depresión, etc.

- **Manejo Odontológico:**

Deberá tomarse nota exacta de los fármacos que toma el paciente, pues los antitiroideos, los sustitutos hormonales y los bloqueadores B presentan fáciles sinergias con los fármacos de uso de prescripción dental.

Los pacientes hipotiroideos soportan deficientemente los fármacos depresores del sistema nervioso central. En los estados hipotiroideos es de esperarse una deficiencia metabólica celular, la cual puede provocar que los resultados quirúrgicos orales y periodontales sean deficientes, inclusive destructivos en pacientes hipotiroideos controlados de manera inadecuada. Un paciente sin control debe recibir atención en el consultorio dental, sólo mediadas paliativas, haciendo uso prudente de los antibióticos y los analgésicos.

La intervención de urgencia, deberá realizarse en medio hospitalario ya que el paciente puede presentar estados de coma, hipotermia, bradicardia, hipotensión y convulsiones. No se debe intervenir odontológicamente a un paciente en quien se sospeche alguna alteración tiroidea o se observen signos, síntomas, o manejo médico inadecuado.

Al presentarse los menores signos de hipotiroidismo es mejor establecer interconsulta médica y suspender las actividades odontológicas hasta la

estabilización del paciente. En caso de sospecha de coma mixedematoso o crisis hipertiroidea, se debe procurar asistencia médica hospitalaria.

D. Asma y cuidado dental.

Asma está relacionada con un aumento de problemas dentales y usted y su dentista deba tomar medidas proactivas para su salud dental. El asma es un trastorno inflamatorio crónico que se manifiesta en episodios de opresión en el pecho, tos, sibilancias y respiración trabajado. Es causada por la inflamación de Bronquiolo y deja a una persona sentir no pueden obtener suficiente aire, los que sufren de asma algunos tienen asma controlable leve y otras personas tienen asma crónica, agresiva y descontrolada. Irónicamente, si lo he mal padecen este trastorno, asmáticos también tienen una mayor tasa de caries, mal aliento y la enfermedad de las encías. Los investigadores creen que los mayores problemas dentales son debido a los efectos secundarios del uso de inhalador prolongados, especialmente en niños pequeños. Es una buena idea para aumentar sus visitas dentales preventivas y usar fluoruro para actuar contra el mayor riesgo de problemas dentales. Su dentista será proactivo en su atención por obtener una completa historia oral de su enfermedad, incluyendo Cuántos ataques generalmente tiene y cómo graves son. Su dentista también necesita saber qué fármacos utilizar y qué conocido desencadenadores son que provocar un ataque. También necesita hacer su dentista consciente de los cambios en sus medicamentos de asma y complicaciones o desencadenadores de sus ataques de asma. También debe llevar sus medicamentos con usted en cada visita en caso de que sean necesarios. Los investigadores han encontrado que algunos materiales dentales pueden agravar el asma incluyendo dentífricos, que es un líquido, pasta o polvo utilizado para limpiar los dientes. Otros desencadenadores incluyen selladores de fisura, que generalmente se aplican a los dientes de los niños para prevenir la caries. El polvo de esmalte de dientes de tener un diente perforado por una cavidad por ejemplo puede ser también un

desencadenador como una combinación de fluoruro bandejas y rollos de algodón. Methactylate de metilo es un compuesto químico utilizado para hacer resinas y plásticos y se encuentra en algunos productos dentales y puede agravar la respiración en incluso aquellos que no son asmáticos.

Tratamiento dental puede causar una disminución de hasta un 15% de la capacidad pulmonar en asmáticos generalmente después de que se da un anestesia local o durante la extracción de una diente. Si tu asma no está bajo control o si experimenta un ataque de asma que no debe bajo ir cualquier electivas procedimientos dentales o cirugías. Puede que necesite considerar cualquier trabajo dental realizado en un hospital como medida preventiva ya que la mayoría de las oficinas dentales no están equipadas para hacer frente a un mortal ataque asmático si tu asma no está bajo control.

Además constatamos en la práctica diaria el aumento del número de pacientes con enfermedades sistémicas, con discapacidades o en general con compromisos serios de salud que acuden a las consultas solicitando tratamiento estomatológico. El avance de las técnicas diagnósticas y terapéuticas de la medicina ha logrado una mayor esperanza de vida en estos enfermos, y la odontoestomatología debe establecer una serie de procedimientos y protocolos clínicos que optimicen el manejo y tratamiento en cada grupo de enfermos, sin que repercuta negativamente sobre su estado de salud.

Este grupo de población es el objeto de estudio de la llamada odontoestomatología en pacientes especiales, tanto en lo que se refiere a los pacientes discapacitados como a los médicamente comprometidos. El término paciente se refiere al enfermo que está sometido a un tratamiento médico o estomatológico especial; es aquello singular o particular en oposición a lo general y ordinario. En este sentido, la estomatología en pacientes especiales interacciona con la medicina, puesto que el tratamiento estomatológico que se realice en estos pacientes especiales deberá ser el más eficaz y que asuma el mínimo de riesgo a su estado general.

Es importante que en el futuro los estomatólogos estén preparados para comentar con los médicos la situación clínica de un paciente y la posible aplicación de un tratamiento estomatológico determinado. Existe en la actualidad un desfase entre la buena formación médica que reciben los estomatólogos y la escasa o deficiente educación estomatológica que se les da a los médicos, por lo que se llega a afirmar que el estomatólogo debe servir como orientador del médico para obtener un mejor resultado en el cuidado de la salud bucal del paciente de riesgo, y cuando asuman dicho papel, las consultas estomatológicas serán mucho más apreciadas, no solo por los pacientes, sino también por los médicos.

En el futuro, para realizar tratamientos estomatológicos en pacientes con necesidades especiales, se requerirá de personal especializado y con medios adecuados. Habrá que capacitar y formar a los profesionales de la estomatología para poder responder a esta demanda, se realizarán estudios epidemiológicos y clínicos para poder satisfacer mejor las necesidades de este colectivo.

En los criterios de inclusión de un paciente como especial deberemos considerar a los enfermos que sean de alto riesgo, que su vida puede verse comprometida en nuestra consulta, como es el caso de un paciente con insuficiencia coronaria y antecedentes de infarto agudo del miocardio relativamente reciente. También deberemos considerar cuándo el tratamiento estomatológico puede influir, al ser aplicado sobre el enfermo, con un proceso sistémico, por eso un paciente inmunodeprimido, por ejemplo, deberá considerarse con mayor riesgo de infección a la hora de realizar un procedimiento quirúrgico bucal.

2.1.4.3 El Comportamiento Modificado por la Condición Genética.

Los niños con necesidades especiales tienen una alta incidencia de caries y enfermedades de las encías debido a una serie de factores locales y ambientales. Esto los convierte en un grupo de riesgo que presenta una gran necesidad de cuidados dentales desde edades tempranas. A pesar

de ello, las medidas preventivas de salud oral en estos niños no es tan prioritaria como nos gustaría...

Un paciente especial es cualquier niño que presente alguna limitación física, mental, sensorial o de conducta; que requiera una atención sanitaria diferenciada, o que sufra una enfermedad con implicaciones negativas en su salud bucal. Son pacientes especiales los niños con problemas de desarrollo (autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down o retraso mental), los niños con trastornos de hiperactividad.

Tal como mencionamos, los niños con necesidades especiales tienen una alta incidencia de caries y enfermedad de encía bucales debido a una serie de factores tanto físicos como ambientales (dieta, medicación, etc). Esto los convierte en un grupo de riesgo con grandes necesidades de cuidados bucales preventivos. A pesar de ello, la salud oral de estos niños suele dejar mucho que desear ya que generalmente se encuentra relegada a un segundo plano, debido a que la propia enfermedad acapara toda la atención o porque existe un acceso limitado a los servicios odontológicos especializados.

La salud oral es un componente importante de la salud en general. Contribuye al bienestar del niño, evita el dolor y las molestias, y promueve una buena calidad de vida. Además, una buena salud oral maximiza las probabilidades de una nutrición, un lenguaje y una apariencia adecuados, tan importantes en un niño que se está desarrollando y más importante aún en un niño cuyas capacidades físicas o mentales se encuentran limitadas.

Se considera paciente especial a aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento, que para su atención odontológica y estomatológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que estos generan.

El estomatólogo se ocupa del cuidado del paciente en lo concerniente al tratamiento de las alteraciones óseas y de los tejidos blandos, utiliza técnicas de cirugía periodontal, terapia pulpar, movimientos mínimos de las piezas dentarias y del perfilado gingival como parte de la odontología y estomatología correcta. El odontólogo ya no trata "los dientes de los pacientes", sino a "pacientes que tienen dientes". Es muy importante, por lo tanto, que sepa identificar a los pacientes con patologías asociadas para elevar la seguridad de estos y el éxito del tratamiento. La odontología y estomatología ocupan un papel importante en el campo de la rehabilitación de pacientes con impedimentos físicos.

La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad.

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención.

Los niños con necesidades especiales requieren de consideraciones especiales, como en cualquier grupo de edad, en la planificación de su tratamiento dental.

Habilidades básicas que un dentista que se compromete a tratar a los pacientes con discapacidad debe tener son:

- Conocimiento de los elementos y condiciones médicas para entender los procesos biológicos y terapias que afectan la prestación de atención bucodental.
- El conocimiento de las implicaciones de la salud oral, tales como la enfermedad periodontal precoz en el síndrome de Down o la hiperplasia gingival en pacientes con trastornos convulsivos.
- Habilidades esenciales de manejo de comunicación, estabilizar y tratar a los pacientes en la atención de la salud.

- El conocimiento de entorno social, terapéutico y cultural de aquellos con necesidades de cuidado especial.

Algunos enfoques alternativos deben estar disponibles para que los niños con discapacidades de desarrollo o condiciones médicas no coloquen al niño en situaciones de alto riesgo para las enfermedades dentales. Una buena salud bucal es un aspecto importante de la salud de cualquier niño. Para el niño con necesidades especiales es tanto un problema de salud como social. Históricamente, los productos para el cuidado de la salud oral, adaptado a las necesidades especiales de los pacientes no estaban disponibles. Hoy en día existe una amplia variedad de productos para el cuidado de la salud, los dispositivos de limpieza, y las adaptaciones que están disponibles para proporcionar al niño con los productos ofrecidos.

Los niños siempre deben ser motivados a cepillarse solos con la supervisión de un adulto.

Algunos niños pueden ser capaces de limpiar sus dientes. Por otro lado, otros que están mental o físicamente incapacitados necesitarán la ayuda de los padres o guardianes.

De acuerdo con la AAPD, los siguientes son algunos de los trastornos y las consideraciones dentales cuando se le provee tratamiento a niños con necesidades de salud especiales.

A. Autismo y Trastorno del Espectro Autista.

Se trata de un deterioro del crecimiento y el desarrollo del cerebro o del sistema nervioso central. Caracterizado por la interacción social y deterioro de la comunicación, y por un comportamiento restringido y repetitivo. Estos signos comienzan antes que un niño tenga tres años de edad.

- **Paciente presenta:**

El autismo: Problemas severos de lenguaje, conductas repetitivas y rutinas irracionales

Asperger: habilidades verbales fuertes, problemas en situaciones sociales, intereses obsesivos

- **Los primeros signos.** No responde a su nombre, actúa como si fuera sordo, no sonríe socialmente, no apunta o demuestra un gesto en el primer año de edad , no balbucea, habla pero carecen de habilidades de comunicación social.
- **Consideraciones odontológicas.** Los niños con estos trastornos no presentan anomalías dentales y la mayoría de las enfermedades dentales se relacionan con los patrones de comportamiento. La morfología dental es normal, pero podría haber desgaste oclusal debido a bruxismo. Algunos niños pueden desarrollar crisis convulsivas. La higiene oral puede ser deficiente debido a la falta de cepillado y la incapacidad de aceptar la ayuda de otra persona. Algunos medicamentos para niños con autismo pueden causar reacciones orofaciales adversas. Estos medicamentos son los anticonvulsivos, antidepresivos, antipsicóticos, antiagresivos, los que estabilizan el estado de ánimo y mejoran la atención. Las reacciones adversas orofacial incluyen: xerostomía, estomatitis, lengua edematosa, disfagia y edema facial.
- **Tratamiento Dental:** Utilizando una técnica de desensibilización (empezando por tratamiento de menor ansiedad a mayor) se recomienda. El uso de restricciones físicas, con el consentimiento informado apropiado y sedación, puede ser útil (agentes psicotrópicos pueden causar efectos secundarios inusuales en pacientes con autismo). Es importante el entorno del niño no cambie en cada cita. Mantener las mismas personas presentes, en el mismo operatorio. Las visitas deben ser cortas y repetitivas. Utilizar la música como una ayuda. Comunicarse con un niño autista puede ser un reto. Es muy importante comunicarse con el padre o tutor como ayudante. Las frases

deben ser cortas y simples. Al demostrar la higiene oral, use las manos del niño para demostrar el cepillado de dientes.

B. Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

El TDAH es un trastorno crónico que requiere que el niño demuestre los síntomas de comportamiento que muestran deterioro funcional.

Debe estar presente en dos o más entornos con el fin de ser diagnosticados. Es el trastorno más común en los niños y por lo general se presenta en los niños antes de la edad de siete años.

Los síntomas del TDAH son la falta de atención (distracción), hiperactividad, comportamiento impulsivo (impulsividad). Estos síntomas pueden manifestarse solos o combinados. A menudo los niños no interactúan bien con sus compañeros y tienen dificultades con el trabajo escolar, tienen baja autoestima y son agresivos. El TDAH puede estar presente con otros trastornos como la depresión, la ansiedad, y problemas de aprendizaje, entre otros.

- **Consideraciones dentales.** Hable con los padres / guardián del tratamiento dental sobre el mejor manejo de comportamiento que será utilizado. El tratamiento dental debe ser siempre cuando el niño está medicado. El uso de refuerzo positivo es recomendable.
- **Tratamiento:** El tratamiento consiste en terapia farmacológica y de comportamiento. Los efectos secundarios de los medicamentos dentales consisten en la xerostomía y bruxismo. La terapia de comportamiento se centra principalmente en la orientación para incrementar una conducta positiva y disminuir los comportamientos negativos.

C. Retraso Mental.

El retraso mental: Esta es una condición en la que hay un retraso o deficiencia en todos los aspectos del desarrollo, hay deficiencia global y notable en el desarrollo de funciones motoras, cognitivas, sociales, y de lenguaje. Esta es la forma más común de discapacidad del desarrollo.

Su etiología viene de las manifestaciones de un grupo de trastornos de la función del SNC.

Es de naturaleza orgánica relacionada con el metabolismo del cerebro o sistema nervioso. No se considera una enfermedad o trastorno por sí mismo, más bien un síntoma de un trastorno del SNC. Muchas personas con retraso mental también tienen otras discapacidades como parálisis cerebral, convulsiones o trastornos psiquiátricos, trastorno por déficit de atención / hiperactividad, o problemas de visión, comunicación y alimentación.

- **Consideraciones Dentales.** Hay una gran variación entre los niveles de retraso mental. El manejo del paciente suele estar determinado por el nivel de función cognitiva. Se requiere atención personalizada. Es importante evaluar el contexto cultural y lingüístico, del paciente. Esto combinado con el nivel de factores de comunicación, sensoriales, motores y de comportamiento del niño. Un estricto plan de odontología preventiva debe ser formulado para el paciente junto con el padre, cuidador o tutor. El niño podría estar en necesidad de restricciones físicas, anestesia general y sedación oral o IV, dependiendo del nivel de retraso mental que el niño manifiesta.

D. Trastornos convulsivos.

Los trastornos convulsivos son causados por la descarga incontrolable y excesiva de las neuronas cerebrales que dan lugar a un aplazamiento de las funciones motoras, sensoriales, de conducta.

La epilepsia es un nombre dado a los trastornos convulsivos, donde la etiología no se puede definir. Antes de la edad de dos años, las convulsiones son causadas principalmente por fiebre, entre las edades de 2 – 14 años la etiología es desconocida.

Las convulsiones pueden ser clasificadas en tres grupos:

- Focales parciales o Locales (40%) – Los pacientes pueden experimentar alteraciones del gusto o del olfato. La actividad convulsiva se presenta de varias formas. La amnesia y la confusión pueden acompañar este episodio.
- Generalizada, convulsivos o no convulsivos (40%) – Consiste en convulsiones que involucran todas las extremidades, y la forma más común es la crisis de grand mal (tónico-clónicas). La conciencia se pierde bruscamente. También incluye Petit Mal, mioclónicas, atónicas, clónicas, tónicas y de ausencia que consiste en que no tienen un episodio convulsivo en naturaleza, dura unos pocos segundos y sin aura y en la mirada se ve un breve aleteo del músculo. El inicio suele ser entre las edades de 4-10 años de edad.
- No clasificados (20%) – Los ataques que no pueden ser clasificados.

Evaluaciones Orales y Manejo

Una historia clínica detallada debe ser obtenida antes de tratar a niños con trastornos convulsivos. Se recomienda para determinar el tipo, la frecuencia de las crisis, duración, factores desencadenantes, los medicamentos y la dieta. Siempre es recomendable tener una consulta con Neurología para determinar el grado de las convulsiones. Si el control es deficiente, se aconseja que el paciente se someta a tratamiento bajo anestesia general. El uso de xilocaína disminuye el umbral convulsivo. Es recomendable formular un programa agresivo de prevención de higiene bucal. Cite a los pacientes cuando estén bien descansados y el operador debe estar

preparado para manejar una crisis. El manejo de una crisis consiste en:

- Anotar el tiempo cuando la convulsión comienza y mantener la calma, posicione el paciente para evitar cualquier injuria. No coloque nada en la boca y colocar el paciente en posición supina.
- Se recomienda poner una toalla debajo de los hombros después de la convulsión para evitar vía aérea y tomar los signos vitales.

E. Parálisis Cerebral (PC).

Parálisis Cerebral (PC) es causada por daño cerebral o lesión cerebral. La lesión cerebral puede ocurrir de muchas maneras, la privación de oxígeno al nacer, el abuso del alcohol, el abuso de drogas, infección, ictericia y desnutrición, entre otras. La parálisis cerebral es considerada un trastorno no progresivo que es resultado del mal funcionamiento del centro motor del cerebro. Se caracteriza por debilidad, falta de coordinación y otras anomalías de la función motora. Se produce durante el período prenatal o perinatal. Si los problemas neurológicos se manejan adecuadamente, los pacientes disfrutan de una vida normal.

- **Manifestaciones clínicas** En orden descendente, los pacientes pueden manifestar retraso mental (60%), convulsiones (50%), déficit sensorial (35%) trastornos del habla y contracturas articulares. Los niños con parálisis cerebral manifiestan rigidez muscular, movimientos involuntarios, temblores, falta de coordinación los movimientos voluntarios o una combinación de las anteriores.
- **Los hallazgos dentales** – La enfermedad periodontal, caries dental, respiración por la boca, aumento de la erosión, el bruxismo, maloclusión, trauma, disfagia, aumento de salivación, aumento de reflejo nauseoso, la mordida hiperactiva, entre otros, se pueden manifestar.

- **Consideraciones Odontológicas.** Un plan de prevención agresiva debe ser puesto en marcha para los pacientes con CP. El entorno del área de tratamiento tiene que ser tranquilo con el fin de reducir movimientos musculares. El paciente debe ser capaz de sentirse cómodo sin forzar que las extremidades estén en una posición anormal. A veces se recomienda tratar al paciente en la silla de ruedas. Si la silla dental se va a utilizar, asegúrese de que la cabeza del paciente se haya estabilizado y es recomendable minimizar el tiempo de tratamiento. El dique de goma es recomendado para los procedimientos de restauración.

F. Paciente con Síndrome de Down.

En el caso de pacientes con S. Down seguiremos las misma pautas que en otros pacientes disminuidos psíquicos, por lo que el conocimiento del grado de desarrollo psíquico del paciente, y su de su cociente intelectual. Es muy importante, porque condicionará hasta dónde podremos llegar con nuestro tratamiento convencional.

Es necesaria la colaboración de un tutor o persona responsable del paciente para concretar los términos del mismo y firmar el consentimiento informado. En los pacientes con cociente intelectual más elevado debemos ser especialmente meticulosos en el trato con ellos, para no ofenderlos con nuestra forma de hablar o de actuar, como si de un paciente con menor capacidad intelectual se tratara.

Nuestro primer objetivo será la eliminación del dolor y el control de posibles infecciones. Tendremos que evaluar la necesidad de suprimir o restaurar todas aquellas piezas dentales que sean la causa desencadenante del problema oral. El uso del dique de goma será indispensable en el tratamiento odontológico, siempre que el paciente sea capaz de respirar adecuadamente por la nariz, y que éste no aumente sensiblemente la ansiedad del paciente. Para el tratamiento conservador, en general, la obturación con composite debe reservarse para dientes

anteriores, dada la mayor resistencia de las amalgamas. De cualquier forma, no todo el mundo opina así.

Para la eliminación del tártaro pueden usarse procedimientos rutinarios como los aparatos de ultrasonidos.

Suelen presentar precozmente problemas de edentulismo. Antes de realizar un tratamiento protodónico hay que analizar muy bien las características particulares de cada paciente. Pueden aparecer problemas durante la toma de impresión y en los registros oclusales. Determinadas prótesis como las parciales de acrílico podrían estar contraindicadas en pacientes con cociente intelectual muy bajo, por el peligro que supone la aspiración de la prótesis o por algún componente de ella. Estarían más indicadas las realizadas con materiales radiopacos y sobre todo la prótesis fija.

- **Manejo Odontológico del Paciente con Síndrome de Down.**

Los niños discapacitados plantean desafíos que requieren una preparación especial antes de que el odontólogo y el personal ayudante puedan llevar a cabo una asistencia adecuada. Si el dentista es capaz de familiarizarse con las necesidades especiales que plantean los niños discapacitados y con las preocupaciones de sus padres el tratamiento dental puede llegar a ser muy gratificante.

Para poder hacer una correcta planificación del tratamiento debemos conocer el estado real de la enfermedad del paciente. Para ello, solicitaremos del médico de cabecera o del especialista un informe lo más amplio y detallado posible, en el que se especifique si los tratamientos dentales, los medios que vamos a utilizar y la terapia farmacológica pueden influir o interferir en la enfermedad que padece el paciente y en el tratamiento específico farmacológico que esté realizando.

Los pacientes con síndrome de Down, suelen ser en su mayoría afectuosos y colaboradores, y los tratamientos odontológicos carecen de

dificultades sobreañadidas. Son niños muy educables y que responden positivamente a la modulación conductual.

El tratamiento odontológico para una persona con retraso mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los pacientes retrasados mentales se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática. Es necesario que nuestra actitud sea cuidadosa y amigable, así como evitar siempre todo aquello que aumenta la aprensión y miedo de estas personas.

Los siguientes procedimientos han demostrado su eficacia para establecer relaciones paciente-odontólogo armónicas y para reducir la ansiedad del paciente acerca de la atención odontológica:

De un pequeño paseo por el consultorio antes de intentar el tratamiento. Presente al paciente al personal del equipo asistencial y así se reducirá el temor del paciente a lo “desconocido”.

Hable con lentitud y con términos sencillos. Asegúrese de que sus explicaciones son comprendidas preguntando a los pacientes si tienen alguna pregunta que formular.

Dé solamente una instrucción cada vez. Premie al paciente con felicitaciones tras la terminación de cada procedimiento.

Escuche atentamente al paciente. El odontólogo debe ser particularmente sensible a los gestos y pedidos verbales.

Haga sesiones cortas. Avance gradualmente hacia procedimientos más difíciles después de que el paciente se haya acostumbrado al ambiente del consultorio.

Programe la atención del paciente para horas tempranas del día, cuando el odontólogo, su equipo asistencial y el paciente están menos fatigados.

- **Hay dos formas principales en el manejo de estos pacientes.**

La primera son técnicas de modificación de la conducta, en las que se pretende la desensibilización y la modulación de la conducta, es decir la enseñanza de una conducta apropiada. Normalmente las pacientes con S. Down responden muy bien a este tipo de técnicas, solo requiere un poco de paciencia, entrenamiento y refuerzo positivo.

En el segundo grupo entrarían las técnicas restrictivas o de inmovilización, destinadas a la inmovilización y sujeción del paciente, son muy útiles en pacientes con un retardo intelectual profundo.

A la hora de la exploración será de gran utilidad el uso de topes de silicona, abrebocas o bien depresores linguales, que nos permitan mantener la boca abierta. Si es necesario la realización de pruebas radiológicas, debido a la falta de entendimiento, las radiografías periapicales pueden no ser bien toleradas, en cambio la ortopantomografía puede sernos de gran ayuda.

- **Algunos aspectos en el tratamiento de niños con discapacidad mental:**

El odontólogo raramente tiene entrenamiento para tratar pacientes con problemas especiales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que dos tercios de estos pacientes no reciben atención bucodental, otros únicamente reciben tratamientos curativos o mutilantes, y unos pocos se ven beneficiados con la prevención.

El procedimiento ideal con estos niños es comenzar con una buena higiene oral e inculcarlos a programas preventivos, seguido de los tratamientos curativos. Algunos niños con esta afección son afectivos y amigables, el odontólogo debe explicarles de una manera comprensiva y usar la técnica de decir, mostrar y hacer.

Las metas a cumplir deben ser:

Dar confianza y ser amigo del paciente.

Educar a los pacientes para que acepten el tratamiento dental sin miedo.

Mantenerlos con buena salud oral, con marcado énfasis en la promoción y prevención.

- **Objetivos del tratamiento:**

Lograr que los niños, padres y educadores conozcan y divulguen las medidas a seguir para proteger su salud bucal.

Detectar y controlar precozmente cualquier condición favorable a la aparición de problemas de salud bucal.

Realizar el control de la placa dentobacteriana.

Hacer los dientes más resistentes a la caries dental.

Mantener una atención integral del niño.

Para lograr un enfoque integral en el plan de tratamiento debe estructurarse en cuatro fases:

Fase sistémica: hay pacientes que presentan enfermedades sistémicas y requieren de cuidados especiales para el tratamiento odontológico, por ejemplo, fiebre reumática, cardiopatías y diabetes.

Fase preparatoria: para disminuir o controlar todos los factores que llevan a contraer enfermedades bucales., por ejemplo, control de la placa dentobacteriana, de dieta, de hábitos deformantes y uso de fluoruros.

Fase restauradora: su finalidad es propiciar a los pacientes la recuperación de la forma y función de las estructuras bucales afectadas.

Fase de mantenimiento y Prevención: según el grado de riesgos para la salud bucal del paciente se programarán chequeos periódicos cada 1, 2, 3, 4 ó 6 meses, en los cuales se examinarán las condiciones clínicas y se reforzarán los aspectos educativos y preventivos.

Es importante proporcionar un hogar dental para niños con discapacidades. Un hogar dental se describe como una fuente de salud centrada en la familia que provee una continua base de información, coordinada, compasiva y culturalmente competente, que

ofrece una oportunidad sorprendente para el sector público y privado, que hace un impacto en el acceso a la salud e indicadores de calidad para el manejo de pacientes con necesidades especiales.

El profesional dental puede hacer muchas cosas para mejorar la salud y el bienestar de los niños con discapacidades. Es importante no clasificar a la persona como “discapacitada”, sino como un ser humano que recurre para el cuidado de salud.

La comunicación es vital en el tratamiento de pacientes con necesidades especiales.

Las siguientes son guías que ayudarán con la comunicación:

- Hablar directamente con la persona con discapacidad, en lugar de a través de un tercero.
- Hable con los adultos como adultos y los niños como niños.
- Pídale a la persona con discapacidad si necesita ayuda en lugar de asumir que se necesita ayuda.
- Tenga en cuenta que la persona con discapacidad necesita de más tiempo para hablar o actuar.
- Respete lo que una persona con una discapacidad puede hacer. Ver la capacidad de la discapacidad.
- Entender que el no tener acceso a la atención de la salud, la diversión, y otras actividades pueden causar más problemas que la propia discapacidad.

El cuidado de la salud en el hogar también es de gran importancia. Es importante que el guardián o padre supervise el cepillado y el uso del hilo dental los dientes del niño, especialmente antes de acostarse. El niño puede ser independiente en esta actividad después de cada comida para que se sientan motivados y suficientemente independientes para llevar a cabo tales actividades. El uso de una pasta de dientes que contenga flúor se recomienda con la supervisión de los padres y debe ser en cantidades muy pequeñas para disminuir el reflejo nauseoso. Los cepillos dentales

puede ser modificado para mejorar el agarre y diferentes métodos de posicionamiento pueden ser utilizados para aumentar la visibilidad.

2.1.5 TECNICAS DE MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO:

Las técnicas de modificación de conducta se pueden clasificar en tres grupos: 1) para **implantar** una conducta, 2) **mantener o incrementar** una conducta, y 3) **reducir** una conducta. A continuación se detallará cada una y haremos más énfasis en aquellas que tengan mejor aplicación en el ámbito odontológico.

2.1.5.1 Técnicas para Implantar Comportamientos.

Se utiliza la técnica o técnicas para **implantar** una conducta cuando esta conducta no se encuentra en el repertorio del paciente. Las cinco técnicas más comúnmente aplicadas son las siguientes:

- A. Moldeamiento,
- B. Modelamiento,
- C. Instigación,
- D. Instrucciones verbales,
- E. Sugerencias.

A. Moldeamiento: es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar) hasta que esta aparezca en el repertorio de conducta es decir se instale . Se debe especificar con precisión al paciente, la conducta seleccionada para el moldeamiento, seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime a la deseada. Por ejemplo si queremos enseñarle a un paciente correctamente la técnica de cepillado, debemos primero especificarle que deseamos que aprenda a cepillarse los dientes de manera adecuada y hacer hincapié en la importancia de un buen cepillado para su salud oral, luego le explicaremos la forma en que debe agarrar el cepillo, una vez que lo sostenga bien lo recompensaremos haciéndole saber que lo hizo

apropiadamente, posteriormente le enseñaremos a realizar vibración y barrido en cada zona ordenadamente por cuadrante reforzando cada vez que lo haga adecuadamente y corrigiéndolo cuando se equivoque hasta que el paciente domine correctamente la técnica de cepillado.

B. Modelamiento: es el aprendizaje mediante la observación e imitación, consiste en una herramienta en la que se utiliza un modelo que ejecute conductas verbales y motoras exactas que se esperan del paciente, mientras éste observa y escucha. Este modelaje puede ser en vivo o por medio de filmaciones lo que se vendría siendo modelaje simbólico. Para el uso eficaz del modelamiento se deben seleccionar modelos competentes con estatus o prestigio, la complejidad de la conducta modelada debe ser apta para el nivel de comportamiento del paciente, utilizar refuerzos positivos luego de emitir la conducta esperada . Cuando queremos utilizar el moldeamiento como estrategia para implantar una conducta adecuada ante el procedimiento odontológico como por ejemplo ante la colocación de la anestesia bucal en un paciente que nunca se le ha colocado la anestesia y tiene miedo, se debe escoger un paciente que sirva como modelo, al cual se le haya aplicado anestesia previamente y se haya comportado correctamente, en la próxima cita en que se requiera la colocación del anestésico, se cita al paciente que deseamos imite la conducta, se realiza el procedimiento con movimientos lentos, con el objeto de que paciente no observe brusquedad y le produzca seguridad y concluido el paciente modelo se atiende al paciente aprensivo recompensando inmediatamente después cada intento correcto en que la conducta se aproxime a lo esperado.

C. Instigación: es una ayuda especial, manual, verbal o visual, que se le da al paciente durante la intervención para incrementar el éxito en la actividad. Las instigaciones pueden clasificarse en físicas, visuales y verbales. Las *instigaciones físicas*, a su vez pueden ser totales y parciales. La instigación física total es el máximo grado de apoyo y ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o

física, se utiliza para obtener del paciente respuestas motoras como la utilización correcta del hilo dental, en donde se le toma la mano al paciente y se le guía en la ejecución de las respuestas motoras componentes de la destreza en la técnica que se está enseñando. En la medida en que el paciente demuestre una ejecución más diestra, se procede a disminuir gradualmente la ayuda física, reduciendo la firmeza con que se sostenían los dedos, hasta lograr que el paciente realice la técnica solo de manera adecuada. En la instigación física parcial, se proporciona una señal física (tocarle los dedos al utilizar el hilo dental) a manera de sugerencia de la parte del cuerpo que debe mover para realizar la actividad motora. Las *instigaciones visuales* son indicadores visuales adicionales para producir una respuesta, se utiliza cuando por ejemplo le decimos al paciente que abra la boca y adicionalmente abrimos la boca, surte el efecto de instigador visual y produce en el paciente la respuesta esperada. Las instigaciones verbales son sugerencias auditivas adicionales como por ejemplo sonar los dedos para indicarle al paciente que se culminó el tratamiento realizado durante la cita en cuestión.

- D. Instrucciones verbales:** son normas o pautas específicas que indican a la persona el comportamiento concreto a producir, es decir que resultados y bajo qué circunstancias en particular. Las instrucciones verbales específicas aceleran el proceso de aprendizaje. Consiste en decirle al paciente exactamente lo que va a hacer, en una situación donde pueda tener dificultades para ejecutar o recordar la ejecución. Las instrucciones deben ser sencillas, cortas y deben contener palabras que sepamos que el paciente comprende y evitar términos técnicos o en tal caso aclararle muy bien el significado, para obtener la respuesta esperada. Cuando hacemos un *récipe* debemos adicionalmente darle las instrucciones verbales para explicarle minuciosamente cuantas veces va a tomar el medicamento y a qué horas, durante cuantos días y aclarar cualquier pregunta con relación a la medicación.

E. Sugerencias: existen dos clases de sugerencias la *sugerencia directa* es una incitación para iniciar una serie de respuestas y es dirigida específicamente a un determinado paciente, por ejemplo se le dice al paciente: "que te parece si colocamos anestesia para evitar que algo te pueda molestar". La *sugerencia indirecta* es cuando se incita a otra persona diferente de aquel al que se desea enseñar, en este caso el operador delante del paciente al cual está planificado efectuarle una tartrectomía, él dice al asistente: "sabes el paciente anterior se portó excelentemente cuando le realicé la limpieza."

2.1.5.2 Técnicas para Mantener o Incrementar Comportamientos.

Cuando queremos hacer énfasis en **mantener** o **incrementar** una conducta seleccionada denominada conducta blanco, podemos utilizar las siguientes técnicas como las más efectivas y comunes:

- A. Reforzamiento,
- B. Contratos de contingencia,
- C. Economías de fichas.

A. Reforzamiento: el reforzamiento se puede clasificar en: reforzamiento positivo, negativo, descriptivo e intermitente. El *reforzamiento positivo* consiste en suministrar una consecuencia inmediatamente que se emita una conducta determinada y se refiere al efecto conseguido una vez aplicado un procedimiento. Es cualquier estímulo que aumente una conducta. Esta técnica produce un incremento importante en la presencia de la conducta deseada y se aplica en la atención odontológica cuando se le da un premio, como un sello o una calcomanía al paciente infantil, luego de portarse bien durante el tratamiento; también si se le ofrece una sonrisa u otro gesto afectuoso al paciente cuando tiene una conducta adecuada ante una actividad específica; el *reforzamiento negativo* es el aumento en la frecuencia de una conducta esperada a través de la suspensión de un evento

aversivo inmediatamente después que se presenta la respuesta deseada. Los refuerzos negativos aumentan la conducta de huida o de evitación. Este procedimiento no es muy recomendable, un ejemplo, lo representa el hecho de decirle al paciente que tiene unas manos feas y que se le van a deformar las uñas si sigue comiéndoselas, el *reforzamiento descriptivo* lo conforman los comentarios explicativos, donde se destaca el comportamiento adecuado, este reforzamiento le permite a la persona saber cuál es la conducta apropiada para recibir el reforzador. Si explicamos que el hecho de no moverse permite realizar mejor los tratamientos odontológicos y elogiamos al paciente, estamos utilizando este reforzamiento; y el *reforzamiento intermitente* consiste en un programa de reforzamiento, donde se refuerza una conducta deseada en alguna de sus ocurrencias, no cada vez que se emita, es muy aconsejable este tipo de reforzamiento, ya que el sujeto no sabe cuándo va a ser reforzado y eso incrementa la presencia de la conducta blanco, por ejemplo cuando el paciente interrumpe reiterativamente durante el tratamiento, el odontólogo lo recompensará en un promedio de una a tres veces o cada cinco minutos en que no interrumpa.

B. Contratos de contingencia: es un contrato o acuerdo entre dos o más partes, que establecen las responsabilidades de cada una, en relación con un determinado objeto o actividad. Las características que deben tener un contrato de contingencia son: la recompensa debe darse de inmediato una vez cumplido. Al principio del contrato deben otorgarse recompensas por aproximaciones de la conducta deseada, las recompensas deben ser frecuentes pero en pequeñas cantidades, el contrato debe exigir y recompensar logros, el contrato debe ser justo para ambas personas, los términos en que se establece deben ser claros, el contrato debe ser honesto y positivo. Las condiciones para poner en práctica un contrato de contingencia son: el contrato debe ser negociado y acordado libremente entre las partes, debe especificar la conducta deseada y la recompensa esperada, el reforzador debe

proporcionarse según los términos del contrato. Durante la realización de un procedimiento operatorio se puede establecer un contrato de contingencia verbal explicándole al paciente que no quiere la colocación de anestesia, que cada vez que le moleste puede levantar la mano y el operador cesará brevemente de accionar la turbina. Puede establecerse un contrato de contingencia escrito firmado por el representante y el paciente, donde se estipule que si el niño se deja realizar todo el tratamiento odontológico, su representante le comprará una bicicleta.

C. Economías de fichas: es un programa de refuerzo sistemático donde se premia con fichas a los sujetos que presentan conductas deseadas, las fichas ganadas pueden cambiarse por alimentos, actividades o privilegios, el sistema de economía de fichas posee las siguientes ventajas: disminuye el número de reforzadores que se administran y las fichas entregadas inmediatamente después de la conducta esperada permiten llenar el espacio de tiempo entre la respuesta y la entrega del reforzador. Esta técnica se utiliza en niños y las fichas además de fichas plásticas pueden ser puntos, estrellas, caras sonrientes, tarjetas de puntuación, estampillas, dinero de juguete, entre otros. Antes del tratamiento se le explica al niño que deseamos que se comporte bien para realizarle determinado procedimiento dental, se establecen las reglas para darle las fichas, se le dice cual será la recompensa al culminar el tratamiento correspondiente a la cita, se concreta el número de fichas para obtener el reforzador y si no cumple con el número convenido las puede guardar para la próxima cita, se proporciona una ficha por cada conducta aceptable durante los diferentes pasos del procedimiento y finalmente se le otorga la recompensa final si el paciente cumplió con lo pautado.

2.1.5.3 Técnicas para Reducir Comportamientos.

Si lo que se pretende es **reducir** la frecuencia con la que se observa una conducta, podemos utilizar con éxito las técnicas siguientes:

- A. Extinción,
- B. Saciedad,
- C. Castigo,
- D. Reforzamiento de conductas incompatibles.

- A. Extinción:** es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Por lo general en el inicio de la aplicación de esta técnica la persona se confunde por la ausencia del reforzador que antes obtenía y por ende por lo general aumenta la conducta blanco por un lapso breve y durante el transcurso del programa la conducta en cuestión disminuye hasta extinguirse. Un ejemplo de esta técnica lo representa el paciente infantil que llora durante el tratamiento y el operador sin querer refuerza la conducta atendiéndolo, consintiéndolo o diciéndole que no llore, cuando se da cuenta decide utilizar un programa de extinción para disminuir la conducta del llanto, ignorando el llanto, aplicando las siguientes medidas: antes que el niño llore se le realizan preguntas de su interés (mascotas, juguetes, etc.), sigues realizando el procedimiento y habla con el representante, actuar como si no oyera los llantos, perseverar hasta lograr la extinción del llanto.
- B. Saciedad:** es la disminución o eliminación de una conducta inadecuada consecuente al reforzamiento continuo y aumentado de la misma conducta. Cuando el paciente en varias oportunidades pide permiso para ir al baño, con lo que interrumpe o demora la atención odontológica, se le puede indicar que vaya durante cinco minutos al baño y no salga hasta tanto no termine de hacer lo debido y luego no volverá hasta concluir el tratamiento pautado en la cita.
- C. Castigo:** consiste en suministrar un estímulo punitivo inmediatamente después de presentarse la conducta blanco, provocando que la frecuencia de esta disminuya. Es aplicar al sujeto un estímulo adversivo como consecuencia de una respuesta inaceptable. Es

cualquier estímulo que al estar presente disminuye la probabilidad de que se produzca una respuesta. El castigo puede ser positivo cuando se añade un estímulo adverso o negativo cuando se elimina un estímulo placentero. La persona que proporciona el castigo debe mantener la calma durante su administración, ya que la ira y la frustración pueden reforzar el comportamiento no deseado pueden alterar la consistencia o intensidad del castigo. Es una técnica que se recomienda cuando las técnicas menos adversivas han sido ineficaces, ya que pueden provocar comportamientos agresivos, efectos emocionales secundarios como el llanto y el miedo en general. Ejemplos del castigo son las nalgadas, reprimendas, trabajo adicional no deseable o la privación de algo que se considera deseable, durante la consulta el operador puede reprender o regañar al paciente por comerse las uñas, fumar, no cepillarse los dientes. Existen cuatro tipos castigo : *castigo físico* (aversivo), reprimenda, tiempo fuera y costo de respuesta a) *El castigo físico* suelen llamarse estímulos aversivos, ejemplo cachetadas, pellizcos, entre otros, b) las *reprimendas* son estímulos verbales muy negativos contingentes a la conducta no apropiada, ejemplo "no cierras la boca", c) el *Tiempo fuera* consiste en retirar a la persona de un ambiente de reforzamiento, para ubicarlo en un espacio físico que no lo es, por un tiempo limitado y específico con el objeto de disminuir la conducta blanco. Es una técnica muy utilizada cuando no podemos suspender la administración del reforzador que mantiene la conducta que se desea modificar, de tal forma que al excluir el sujeto de la situación cuando presenta la conducta blanco y así pierda el contacto con los estímulos discriminativos y reforzadores. El período de aislamiento no debe ser muy prolongado, cinco minutos aproximadamente suelen ser eficaces para lograr el efecto deseado en la conducta. Según Lewellen citado por Walter y Shea, plantea que existen tres tipos de tiempo fuera, que son los siguientes: 1) *tiempo fuera observacional*, en el cual se retira al paciente de la situación de reforzamiento (área de tratamiento odontológico) para conducirlo a un

área alejada de la actividad, hacer que cierre los ojos mientras se realiza el procedimiento que ocasiona la conducta indeseable o quitar de la bandeja el instrumental que produce ansiedad; 2) *tiempo fuera de exclusión*, en la cual el paciente se aleja de la situación que refuerza la conducta blanco por una que no lo es en el área de tratamiento; 3) *tiempo fuera de aislamiento*, en este caso el paciente abandona el área de tratamiento y se dirige a una habitación aislada. El tiempo fuera se clasifica en: a) *tiempo fuera parcial*, en el cual se retiran los estímulos discriminativos y reforzadores sin alejar al paciente de la situación odontológica; b) *tiempo fuera total*, se retira al paciente de la situación reforzante y se le conduce a una situación exenta del reforzamiento. d) el *costo respuesta* consiste en eliminar cierta cantidad predeterminada de reforzadores, luego de la ocurrencia de una conducta en particular. Es un procedimiento de supresión conductual que no utiliza la estimulación aversiva. Tener que pagar la consulta por no asistir a la cita odontológica, es un ejemplo de costo respuesta.

D. Reforzamiento de conductas incompatibles: es la disminución de una conducta que es incompatible con la conducta que deseamos modificar. Se aplica reforzando al paciente por cualquier otra conducta diferente a la conducta inapropiada que se quiere modificar, ejemplo al niño que acostumbre a agarrarle la mano al operador para intentar retirarla mientras se le está trabajando en boca, se le pide que coloque la mano en los bolsillos y se le refuerza el buen comportamiento diciéndole que es un niño muy obediente por meterse las manos en el bolsillo.

Existen otros métodos para obtener cambios conductuales las cuales son aplicadas por psicólogos y psiquiatras, sin embargo es importante que el futuro odontólogo las conozca, a saber:

La terapia cognoscitiva del comportamiento centra la atención del paciente en sus ideas negativas e irreales y pretende interrumpir el círculo

vicioso llevándolo a pensar de una forma más lógica, real y positiva sobre su situación en la vida. Una forma de terapia cognoscitiva es la:

- **desensibilización sistemática:** trata sobre una técnica para disminuir determinados miedos aprendidos o reacciones fóbicas en una persona, comprende tres etapas: 1. entrenar al sujeto en la relajación muscular total, 2. construir una lista de estímulos evocadores de ansiedad y 3. compaginar la relajación con los estímulos evocadores de la ansiedad. El objetivo de la desensibilización sistemática es condicionar una respuesta de relajación y evitar el miedo al estímulo ambiental. El terapeuta establece una jerarquía de las situaciones que provocan menor ansiedad hasta las que causan máxima ansiedad, luego los enseña a relajar su mente, aflojar los músculos tensos y a relajarse, una vez dominada la relajación profunda, se comienza a trabajar según la jerarquía de ansiedad de menor a mayor ansiedad, se le pide al paciente que imagine las situaciones menos amenazadoras y que den una señal cuando se empiezan a sentir tensos, al percatarse de la señal se les indica que olviden la escena y se concentren en la relajación, pasado un tiempo se les pide que vuelvan a la situación y se repite el proceso hasta que el paciente se sienta completamente relajado con la escena y luego se avanza un paso más en la jerarquía hasta que logran imaginar la situación más atemorizante sin experimentar ansiedad. En odontología utilizamos esta técnica iniciando el tratamiento con los procedimientos más sencillos que implican menor ansiedad en el paciente en un estado de relajación siguiendo el orden jerárquico de complejidad o mayor ansiedad.
- **Terapia de inoculación de estrés,** donde se capacita al paciente para que enfrente efectivamente las situaciones estresantes. Esta terapia implica tres etapas: 1. el terapeuta explora en el paciente la forma de pensar sobre las situaciones estresantes, 2. consiste en aprender y practicar nuevas autoevaluaciones y 3. el paciente aplica las estrategias aprendidas a situaciones reales. En situaciones

odontológicas el operador averigua lo que piensa el paciente sobre las situaciones odontológicas que a él le parecen amenazantes (no puedo soportar que me taladren), posteriormente puede ensayar autoevaluaciones como no es lo peor que me puede pasar y por último podemos ubicar al paciente primero en situaciones moderadamente fáciles de manejar y luego en otras más difíciles.

- **Terapia racional-emotiva**, cuyo objetivo es mostrar al paciente que su interpretación errónea de los hechos les está ocasionando problemas y les enseña a juzgarse con un criterio más objetivo. Para corregir las creencias ilógicas los terapeutas que son muy directivos utilizan los métodos de persuasión, confrontación, reto, órdenes y argumentos teóricos. Está basada en que la mayor parte de los problemas emocionales cotidianos y la relación con sus conductas provienen de las afirmaciones irracionales que el individuo hace sobre sí mismo, trata de enseñar al paciente a contrarrestar las afirmaciones irracionales, con afirmaciones más positivas y realistas.
- **Terapia cognitiva de Beck**, consiste en identificar los pensamientos disfuncionales que pueden causar emociones desagradables. Los pensamientos disfuncionales pueden ser: *pensamiento dicotómico*, pensar en términos absolutos como pensar que uno es un desastre por sacar malas calificaciones; *inferencia arbitraria*, consiste en sacar una conclusión basada en una evidencia inadecuada, ver una persona con el ceño fruncido y pensar que expresa desaprobación hacia él o ella; *sobregeneralización*, extraer una conclusión a partir de pocos casos, como suponer que por un error ya no se puede realizar nada con éxito; *magnificación*, consiste en exagerar el sentido o significado de un acontecimiento particular, por ejemplo, creer que tener una caries es algo terrible o catastrófico. Una vez que el paciente ha identificado el pensamiento inadecuado, el terapeuta lo ayuda a diseñar un sistema que lo permite determinar objetivamente los pensamientos realmente exactos en una situación determinada.

- **Técnica de afrontamiento**, se centra en la sustitución de pensamientos negativos por otros positivos, para tratar situaciones estresantes que están fuera de su control. Destaca el papel de la autoinstrucción (diciéndose a sí mismo que hacer en diversas situaciones) para lograr los cambios de comportamiento deseados.
- **Método de solución de problemas**, corrige el razonamiento erróneo, enseñando al paciente cómo actuar usando razonamientos lógicos para solucionar satisfactoriamente problemas personales, para solucionar racionalmente los problemas personales del paciente se le da una orientación general, se define el problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación de los progresos para asegurar que se solucione el problema.

2.1.6 ESQUEMATIZACION DE LAS CONCLUSIONES TECNICAS PARA TRATAR CONDUCTAS DIFERENCIALES DEL PACIENTE.



Facilita la integración de la conducta - odontólogo - niño - padres.
 -Posibilita la adaptación de comportamientos positivos presentes y futuros del niño en el consultorio odontológico.

2.2 Elaboración de la Hipótesis.

Si se determina las diferentes causas que podrían modificar el comportamiento del niño en el consultorio se disminuirá los comportamientos negativos durante su atención odontológica.

2.3 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES.

Causa Variable Independiente: Modificación del comportamiento del paciente infantil.

Efecto Variable Dependiente: Disminuir los comportamiento negativo durante la atención Odontológica.

2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	VARIABLES INTERMEDIAS	INDICADORES	METODOLOGIA
Modificación del comportamiento del paciente infantil.	Signos y síntomas	Conductas desafiante, tímida, llorosa, cooperativa, ect.	Bibliografía Cuasi experimental Descriptiva De Campo Fotográfica Radiografías
	Identificación	Observación.	
	Prevalencia de pacientes con estos Tipos de conductas	Alta () Media(x) Baja ()	
Disminuir los comportamientos negativos durante la atención odontológica.	Complicaciones en la atención pediátrica.	No Existe() En ocasiones(x) Frecuentemente ()	
	Éxito de los tratamientos	Óptimo () Medio(x) Bajo ()	
	Predisposición del niño.	Nunca () Muy rara vez (x) Normal ()	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Clínica de la Facultad Piloto de Odontología.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

2011.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 RECURSOS HUMANOS.

Autor: Karla Gualde ollague.

Tutor: Dra. Zoila Andrade de Ramos.

3.3.2 RECURSOS MATERIALES.

Libros.

Internet.

Revistas Científicas.

Fichas médicas.

Enciclopedias.

Casos clínicas.

Cámara digital.

Suministros de oficina.

Laptop.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

Este trabajo es de tipo descriptivo por lo cual no se desarrolla una muestra, ni existe población, no se realiza experimento alguno, sino un estudio y análisis del comportamiento del paciente infantil en el tratamiento Odontopediátrico.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La metodología utilizada en el trabajo fue bibliográfica documental porque nos permitió analizar diversos autores, basados en documentos como libros, revistas y publicaciones en el internet, relacionados con el comportamiento del niño.

Así mismo se utilizó cualitativa ya que se caracteriza por utilizar información que nos permite llegar a comprender con profundidad los datos producidos del trabajo investigativo.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un diseño no experimental, ya que no existe grupo de control. Y el descriptivo porque no se miden los diferentes conceptos recopilados acerca de la información.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES.

4.1 CONCLUSIONES

El manejo de las emociones en el niño en la consulta odontológica, significa lograr mantener la colaboración de este durante el tratamiento, por medio de procesos de enseñanza y aprendizaje, promoviendo así en el niño una actividad positiva hacia la consulta.

La selección de la técnica que utilice el odontólogo va a influir notoriamente en el estado emocional del niño.

Existe una serie de técnicas de modificación de conductas que pueden ayudar a orientar o canalizar las conductas no deseadas que pueda presentar el paciente durante el tratamiento odontológico. Las técnicas de modificación de conducta deben ser perfeccionadas por el futuro odontólogo, o en su defecto, cuando el caso lo amerite; deberá remitir al paciente a que consulte un psicólogo o un orientador de la conducta y lo ayude a tener un mejor desempeño en la clínica odontológica.

4.2 RECOMENDACIONES.

No existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que no existen situaciones específicas que pudieran presentarse entre un paciente y otro, ya que son muchas las variables.

Es necesario evaluar y adaptar al paciente pediátrico, mediante la aplicación de diversas técnicas, manejando las emociones a través del abordaje psicológico, por medio de un conocimiento y entrenamiento de la evolución sociológica y emocional del niño, para poder crear cambios en su comportamiento, recordando que este tipo de paciente es un receptor emocional al que siempre se le debe hablar, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional.

Cada niño tiene pautas de conductas específicas si no es la adecuada, lo indicado es contribuir a modelar el mismo, de allí la importancia de que el profesional conozca adecuadamente los patrones de conducta típicos en

las diferentes edades, por ello, el especialista debe manejar las técnicas de asistencia y conocer las diferentes pautas de conducta de sus pacientes, teniendo en cuenta que estos pasan por diferentes etapas en su crecimiento y desarrollo.

Se recomienda un entrenamiento, a través de cursos de ampliación, facilitados por personal calificado en orientación de la conducta, dirigidos hacia el estudiante y/o profesional que desee ampliar su conocimiento y aplicación de estas y otras técnicas de modificación conductual.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989). Odontología Pediátrica. Editorial médica Panamericana, S.A., Buenos Aires.
2. Feigal, Robert: (1997). Manejo de la conducta del niño a través de métodos no farmacológicos Journal of Pedriatric Dentistry Practice (Edición en español) 1 (4a): 67-77
3. Finn, Sidney: (1976). Odontología Pediátrica. 4ta. edición. Editorial Interamericana. México
4. Garzón de, Morella: (1995) Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial Disinlimed, C.A., Caracas.
5. <http://http://www,dental successs.com/08-98/eitel.html> Loos, Kimberly A.: (1997) First dental visit. Internet.<http://www.parentsplace.com/>
6. Kazdin, A. (1978). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. El manual moderno. México.
7. Koch, Goran Modéer, Thomas, Poulsen, Sven, Rasmussen, Per: (1994). Odontopediatría -enfoque clínico. Editorial médica panamericana, S.A., Buenos Aires.
8. Kohen, M., Michael: (1957). Odontología Pediátrica. Editorial Mundi, S.R.L., Buenos Aires.
9. López Jordi, María del Carmen: (1997). Manual de odontopediatría. Editorial Nueva Editorial Interramericana, S.A. México.
10. Magnusson, Bengt O.; Koch, Goran, Poulsen Sven: (1985). Odontopediatría Enfoque sistemática Editorial Salvar Editores. S.A. Barcelona.

11. Martin, G y Pear, J (1999). Modificación de conducta. Prentice Hall. Madrid.
12. Mc Donal, Ralph E.; Avery, David R.: (1990) Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta. edición . De. médica Panamericana. Buenos Aires.
13. Morris, Ch. (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México.
14. Pinkhan, J.R.: (1996). Odontología Pediátrica. 2da. edición. Editorial Nueva Editorial Interamericana, S.A. México.
15. Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. McGraw-Hill. Madrid.
16. Ribes, E. (1984). Técnicas de modificación de conducta. Trillas. México.
17. Snawer, Kenneth: (1982) Manual de Odontopediatría Clínica. Editorial Labor, S.A. Barcelona.
18. Sulzer-Azarof, B y Mayer, R. (1983). Procedimientos de análisis conductual aplicado con niños y jóvenes. Trillas. México.
19. Walter, J; Shea, T. (1987). Manejo conductual. Manual moderno. México.

ANEXO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-B N°

BOBRIER: 0926804378

GUATE OLLAGUE KARLA DENISSE

FACULTAD: 1052

15/03/2011 06:58:31

\$ 1,15

comprado con
QUINCE Céntavos
2011-01-01

Guayaquil, 28 de marzo del 2012

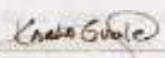
Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo, **Guate Ollague Karla Denisse con C.I. 0926804378**, 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 ODONTOPEDIATRIA.

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

Atentamente,


Guate Ollague Karla Denisse
C.I. 0926804378

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


Dr. Washington Escudero
DECANO

C9-N° 0033611

Mocho 28-12

