

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-León
Facultad de Odontología



Tesis monográfica para optar al título de Cirujano Dentista
“Características de los elementos del Triángulo Odontopediátrico en las
clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN -
León, Noviembre del año 2009”

Elaborado por:

Br. Eaislyn G. Ramírez Oporta

Br. Román B. Zapata Guerrero

Br. Aslyn B. Zelaya Velásquez

Tutor:

Dra. Elbia Marina Morales

Mayo del 2010



Dedicatoria

De manera muy especial, queremos dedicar nuestro trabajo monográfico a aquellas personas que Dios en su inmensa sabiduría, puso a nuestro lado para que tuviéramos la dicha de llamarles familia.

Porque gracias al apoyo que cada uno de nosotros ha sentido por parte de nuestras familias, es que pudimos tener una cuna donde floreciera y desarrollara nuestro intelecto, a como lo fue nuestra formación primaria y secundaria. Y no bastando con eso, nos brindaron su valioso apoyo para que nuestras ansias de ser profesionales se vieran un paso más cerca de ser saciadas.

Porque en la familia se encuentran palabras fuertes que nos exaltan, pero que nos hacen volver al buen camino, consejos en sus momentos incomprensibles, pero que ahora toman mucho sentido.

Porque en la familia se encuentra mano firme que nos corrige; pero también mano amorosa que nos llena de valor para seguir adelante. Por eso y mucho más este trabajo es para ustedes.

Dedicar de manera excepcional este Triunfo a Dios, pues es de Él y para Él.



Agradecimiento

Primeramente y por sobre todo a Dios, por regalarnos el don de la vida y poder así luchar para lograr tan soñada meta, porque nos regaló a cada una de las personas que vienen a nuestra mente en momentos tan dichosos como este.

Nuestros agradecimientos a nuestras familias por ser presencia viva de Dios en nuestro caminar, por ser tierra firme donde pisar y apoyo certero que nos ayuda a continuar.

A nuestra tutora, Dra. Elbia Morales; pues sin su valorada paciencia y sin sus conocimientos y dedicación no podríamos encontrarnos hoy en tan deseado momento.

A la Lic. Sandra Blanco y el Lic. Haroldo Argeñal por su apreciado aporte a este trabajo.

A nuestros amigos pues nos basta con decir “Quien ha encontrado un amigo, ha encontrado un tesoro” Eclesiástico 6, 14.

A todos y cada uno de nuestros compañeros y docentes que contribuyeron en la elaboración del presente trabajo.



De manera especial agradecer a mi mamá, Nora Guerrero por su inmenso e inigualable amor, a mi papá, Donald Zapata por siempre brindarme su apoyo, a mi hno. Lester pues mejor hermano no puedo pedir, a mi tía Leyla por su constante preocupación por mí. A aquellos docentes que Dios me envió, docentes que me brindaron su comprensión y palabras de ánimo. A mis amigos: Ana Cristina, Eaislyn Gabriela, Jonathan Alberto, Krissel Dayana, María José y Mélida Vanesa por alentarme cuando mas los necesité y por compartir conmigo tan arduo camino.

Román

Quisiera agradecer de manera muy especial a mis padres: Bernarda Oporta y Álvaro Ramírez por haberme dado de su apoyo y ternura. Al Dr. Roberto Cáceres por sus incondicionales palabras dulces de aliento, por darme fuerzas para cumplir en mis labores y poder ser responsable, a la familia Cáceres Lacayo, a mis amigos y a toda mi familia por estar siempre a mi lado en todo momento.

Eaislyn

Agradezco especialmente a la persona que me vio nacer, que con su ternura y amor me educó, la que siempre estuvo conmigo dándome ánimos y fuerzas; a mi madre hoy le entrego la cosecha de su siembra. Agradezco también a mi tía Pilar, tía Carmen, don Carlos y a toda mi familia que me han apoyado de una u otra forma.

Ashyn



ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	3
III. Marco teórico.....	4
IV. Diseño metodológico.....	32
V. Resultados.....	44
VI. Discusión de resultados.....	52
VII. Conclusiones.....	55
VIII. Recomendaciones.....	56
IX. Bibliografía.....	57
X. Anexos.....	59



I. Introducción

Desde sus inicios, la práctica odontológica, ha sido considerada como una experiencia desagradable, a pesar de ser de vital importancia para lograr una salud integral en las personas.

Este temor a la odontología es mayor en aquellas personas que están iniciando su vida y por ende enfrentando nuevas experiencias, es decir los niños. El comportamiento, sentir y pensar de los niños así como sus intereses son diferentes a los de una persona adulta, por tanto necesita de una atención especializada para lograr un tratamiento exitoso. Partiendo de esta necesidad surge lo que hoy conocemos como odontopediatría.

El aspecto fundamental en la práctica de odontología infantil se basa en la capacidad del odontólogo para tratar con los niños y establecer una relación adecuada con los padres, con el fin de que el tratamiento tenga éxito. A esta base se le denomina Triángulo Odontopediátrico.

Siendo este triángulo la base del éxito del tratamiento dental, nos encontramos con que existe mayor referencia bibliográfica sobre dos de sus componentes (niños y padres/responsables) y muy poca información sobre la actitud del odontólogo en relación con los niños, haciéndose necesaria una clasificación que estudie dicha actitud.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, surgió en nosotros una preocupación por analizar cada uno de los tres elementos del triángulo odontopediátrico correspondiente a las clínicas de odontopediatría donde nosotros nos formamos como profesionales capacitados.



Este trabajo de investigación describe los tres elementos dinámicos del triángulo odontopediátrico desarrollado entorno a lo estudiantes del V curso de la Facultad de Odontología de la UNAN-León en el mes de noviembre del año 2009. Dicho trabajo sienta las bases necesarias como referencias para futuros estudios relacionados con nuestro tema, ya que, en esta facultad no se cuenta con ninguna bibliografía relacionada.



II. Objetivos

Objetivo general

Establecer las características de los elementos del triángulo odontopediátrico en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, noviembre del año 2009.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar las actitudes de los niños que asisten a la clínica de Odontopediatria hacia el tratamiento odontológico empleado, según el sexo.
- ❖ Conocer las actitudes presentadas por los padres o responsables que asisten a las clínicas de Odontopediatria, ante el tratamiento que se les realiza a los niños.
- ❖ Determinar las actitudes de los estudiantes del V curso de la carrera de odontología en el tratamiento de los pacientes pediátricos.



III. Marco teórico

Odontopediatría

La palabra Odontopediatría proviene de los vocablos griegos Odonto (diente) – Paido (niño) – Iatria (curar) por tanto etimológicamente la odontopediatría es la disciplina que se encarga de “curar los dientes del niño”.

Conocida también como odontología infantil u odontología pediátrica, se encarga de la prevención y el tratamiento integral del sistema bucal del niño durante el período perinatal, la niñez y la adolescencia. Además incluye la atención de pacientes especiales después de la adolescencia, con afectaciones como: retardo mental, parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, deficiencias visuales o auditivas avanzadas. (19,15)

La odontopediatría constituye un área donde el cirujano dentista enfrenta los mayores retos, ya que tiene que interactuar con un ser en pleno desarrollo físico y emocional, con reacciones impredecibles y con una particular percepción de su entorno. (14)

➤ **Evolución**

En la historia antigua, el hombre, no había mostrado gran interés por la salud infantil, inclusive en muchas culturas el niño fue menospreciado. En la Grecia y Roma del pasado no era castigado el infanticidio cuando el acto era realizado por el padre, por considerar que él era dueño del niño. (14)

Tratados Clásicos de Medicina Griega y Romana:

La historia antigua de la odontología no nos habla con mucha precisión de los esfuerzos realizados por nuestros predecesores para aliviar los sufrimientos dentales de los pueblos de la antigüedad. El desarrollo de los hechos históricos queda en la sombra del pasado, y los historiadores mencionan a “Esculapio” como el dios romano de la medicina que practicaba extracciones dentales hacia 1300 a.C. (8)



La primera referencia escrita de la odontología se encuentra en las “*Historias*” de Herodoto de Halicarnase (484 – 420 a.C.), en las que aclara que se había llegado a una especialización efectiva de la medicina y que había médicos para los oídos, los ojos y los dientes.

Hipócrates (460-377 a.C.) estudió la enfermedad como un hecho natural, ajeno a la intervención de los dioses. En su obra “*Sobre la dentición*” muestra abundantes datos sobre las creencias populares de la erupción de los dientes; se describe igualmente la irritación de las encías, las fiebres y las diarreas, que precedían o acompañaban la erupción dental; así como las anomalías en la posición de los dientes. Celso (25 a.C. – 50 d.C.) en su “*Libro VI*” (Cáp. 9) trata las odontalgias en niños y adultos, describiendo la extracción dentaria mediante pinzas adecuadas y algunos recursos para evitar la rotura de la pieza. En el libro VII comenta otros muchos temas que perjudican al niño: la persistencia de los dientes natales, la reposición de los dientes permanentes que erupcionan en mala posición

Hacia el año 131 d.C. en Pérgamo nació Claudio Galeno Nicon, considerado como el mayor de los médicos greco-romanos, él aconseja frotar los dientes de los niños con tallos vegetales aromáticos, pero creía que los dientes eran parte de los huesos y utilizaba una lima para reducir los más prominentes. A él se le debe la primera clasificación anatómica de las piezas dentales, denominándolas incisivos, caninos y molares.

Edad Media:

En España hacia el año 1557, aparece el libro más antiguo consagrado en parte a la odontopediatría: “*Coloquio breve y compendios sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*”. Sin vacilación se puede afirmar que este coloquio es el primer texto mundial que trata la odontología infantil con peculiaridad.

En Francia, nace Pierre Fauchard (1678-1761), considerado como el **padre de la odontología moderna**. En su libro “*El cirujano dentista*” o “*El tratado de los dientes*”, publicado en 1728, ofrece una descripción correcta de las 20 piezas de la dentición temporal, demostrando que poseían raíces desarrolladas y que debajo de éstas se encontraban los gérmenes permanentes. Fauchard se hizo acreedor de gran fama y



respeto durante su vida. Separó con eficacia la odontología del campo, más amplio, de la cirugía y sobre todo, del oficio de los sacamuelas, equiparándola a una profesión independiente, con su propio campo debidamente circunscrito de deberes y servicios con su propio nombre.

En el siglo XVIII nace el **padre de la odontopediatría moderna**, Robert Bunon (1702-1748). Este autor francés fija las grandes líneas del estudio sobre la prevención y la odontología conservadora, no obstante, sus métodos eran ciertamente empíricos. En su libro hace hincapié en la prevención, la observación y la experimentación, le da una gran importancia a la nutrición, pues decía que la leche de la madre ejercía una gran influencia sobre los gérmenes y en la erupción de los dientes. Entre sus consejos destacan: evitar comer alimentos azucarados, frutos verdes, bebidas muy calientes o muy frías, hacerse ver regularmente por un dentista experimentado en niños e igualmente propone la conservación de la dentición temporal el mayor tiempo posible.

Bunon es el primer autor que habla de una aproximación psicológica del niño; así cuando es necesario realizar varias extracciones en un infante aconseja empezar por las más sencilla de realizar y así ganar confianza.

En los inicios del siglo XIX algunos profesionales europeos también dedican parte de su atención a los problemas dentales infantiles, así Laforge, en 1802 escribe "*El arte del dentista*", donde relata el reimplante de incisivos. René Duval fue el primer autor en escribir un libro sobre la higiene de los dientes infantiles, en 1820 publicó *El dentista de los jóvenes*.

A finales del siglo XIX en Dinamarca se crea un servicio de asistencia dental escolar privado. En España en el año 1901 a instancia de D. Florestán Aguilar se creó el título de odontólogo. En 1927: Se crea la "Sociedad Norteamericana para la promoción Odontológica para niños". (18)



➤ **Importancia de la odontopediatría**

El valor de este servicio es inmenso, ya que un tratamiento odontológico poco adecuado o no satisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales comunes en la población adulta. De igual forma tiene importancia el impacto psicológico que tiene el odontólogo en la mente del niño, se pretende siempre causar una buena impresión y conseguir la confianza del niño ya que de esto depende su futura actitud ante el odontólogo. (17)

Cabe destacar que el odontopediatra se encuentra en capacidad de intervenir durante el crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales y la resistencia a las enfermedades de los tejidos orales de los niños y adolescentes, para lograr estructuras bucales normales desde el punto de vista metabólico, funcional y estético. (15)

Uno de los principales fundamentos de la odontología pediátrica actual es la prevención de enfermedades orales, así como la prevención de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de la oclusión, de la cara y del cráneo. Además, gracias a la odontopediatría el concepto ignorante de: “¿para qué llevar a los niños al odontólogo si de todos modos esos dientes se van a caer?” desapareció en gran medida, excepto entre las personas menos informadas. (15)

El odontopediatra es un profesional capacitado para atender la mayor parte de las necesidades orales de los niños, esto incluye, toda la parte preventiva, tratamiento de caries, y enfermedades bucales, manejo de hábitos orales, ortodoncia preventiva e interceptiva. Además para tener mejor entendimiento de esas necesidades el odontólogo debe conocer ciertas fases de la medicina pediátrica, genética, de nutrición y del crecimiento y desarrollo general e integrarlas con los conocimientos de salud oral para conseguir resultados agradables para el paciente, sus padres y el mismo. Además comprender las necesidades emocionales y psicológicas de los niños, y también todos sus procesos de maduración social. (15)



Actitud

La Psiquiatría, desde sus albores, ha tratado de clasificar al hombre según diferentes “perfiles”. Rasgos que expresados de manera moderada, pasan a ser estilos de personalidad. El individuo expresa su personalidad en todo el entorno que le rodea, y se dice que esta está definida por diferentes actitudes hacia los “ambientes” que conforman dicho entorno. (27)

Actitud es: la tendencia a repetir determinados comportamientos ante una situación concreta. Diferentes comportamientos que emplea un individuo para hacer las cosas. Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo. (25, 26)

De los anteriores conceptos podemos deducir que el conjunto de **comportamientos**, acciones, o forma de reaccionar ante determinada situación o estímulo pasa a ser una **actitud**, y que el conjunto de actitudes de un individuo ayudan a definir su **personalidad**.



Niño

El concepto de niño varía considerablemente a lo largo de la historia y en las diversas sociedades y culturas.

Según la UNICEF en la Convención sobre los Derechos del Niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, señala que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". Las edades consideradas fluctúan según el contexto, aunque el término niño suele emplearse para designar a los menores de 12 a 14 años, llamándose jóvenes o adolescentes a los que han superado dichas edades. (29)

Según algunos autores "Niño" desde el punto de vista de su desarrollo psicobiológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad. Como sinónimo de infantil o pueril, el término se aplica a quien no es considerado adulto. (29)

Según el criterio por el que se rige la clínica de Odontopediatría de la UNAN-León los niños que pueden optar a ser atendidos en dichas clínicas son aquellos que tienen una edad entre 4 y 13 años.

➤ **Características según la edad:**

0-12 meses

Al nacer, los bebés no pueden controlar los movimientos de su cuerpo, la mayoría de sus movimientos son por reflejos debido a que su sistema nervioso no está completamente desarrollado. A los cuatro meses, la mayoría de bebés tienen algún control sobre sus músculos y su sistema nervioso, cuando ellos tienen miedo lloran y parecen sorprendidos y asustados. Ellos lloran para expresar enojo, dolor y hambre, sonríen como respuesta a sonidos placenteros o si tienen su estómago satisfecho, esta es su manera de comunicarse. A los ocho meses ellos pueden alcanzar y sostener objetos con las manos, recogen objetos con sus dedos pulgar e índice, y aprenden a



dejar caer objetos, sienten miedo cuando sus padres los dejan solos, el contacto visual empieza a reemplazar parte del contacto físico que los bebés necesitan.

1 año

Habitualmente se denomina al niño que se encuentra en este período como “deambulador”, ya que se caracteriza por una conducta predominantemente motora, aprende a caminar, se sienta y se levanta. Utiliza el lenguaje simbólico, balbucea de una a dos palabras. Al acercarse a los 2 años es capaz de usar de 15 a 20 palabras, pedir cosas señalando y en esta etapa se desarrolla la estima propia. El grupo de niños de esta edad tiene un tiempo de atención limitada, y en todas las actividades que se realicen es de fundamental importancia la intervención del adulto. (16)

2 años

Esta edad se caracteriza por aumento del desarrollo motor. Presenta un marcado desarrollo del lenguaje además de intuirse una organización de respuesta. También presenta mayor estabilidad emocional, puede tolerar alguna frustración temporal, realiza las órdenes, empieza a comer solo/a. Una actividad excesiva le incita a la vigilia, también puede mostrarse hiperactivo cuando está cansado. A los 2 años y medio se vuelve dominante y exigente y expresa las emociones de manera violenta. A lo largo del año será capaz de ir al baño solo/a y pedir ayuda cuando lo necesite. (16)

Paget distingue cinco conductas que aparecen casi simultáneamente en los niños en el curso del segundo año de vida:

- La imitación diferida (cuando el niño reproduce gestos, movimientos o palabras de otras personas en ausencia de estas).
- El juego simbólico (aquel en donde los niños "hacen como si fuera verdad", imitando roles).
- El dibujo (por pequeños que sean sus diseños, es capaz de darles significados si encuentra alguien interesado en su producción).
- La imagen mental (logra su permanencia en la mente del niño cuando puede evocar objetos, personas o situaciones no presentes).



- La evocación verbal de acontecimientos (expresarse a través de balbuceos o palabras, que pueden ser acompañadas por gestos).

El niño completa la dentición primaria con la erupción de los segundos molares superiores. De esta manera cada arcada dentaria consta de 10 dientes: 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares. Así es que deben existir 20 dientes. Se deberá consultar al odontólogo si observamos que : faltan o hay exceso de piezas dentarias o si los dientes están mal formados o mal alineados.

3 años

El niño comprende relaciones entre acontecimientos y las expresa lingüísticamente, coordina de frases mediante conjunciones, ordenan los acontecimientos y lo reflejan en sus frases. Comprende y produce preguntas utilizando: ¿quién?, ¿qué?, ¿a quién? ¿dónde?. Le gusta hacer amigos, es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. El desarrollo de la orientación espacial mayormente lo demuestran al lanzar de diferentes formas y hacia diferentes puntos de referencia. Empieza a manifestar predominancia de un lado sobre otro. Inhibe mejor los movimientos involuntarios. (16)

4 años

Le gustan los juegos que le permiten reconocer, y aparear colores, formas, tamaños. Las letras y los números comienzan a interesarlo. Se puede considerar a esta etapa como la del apogeo del "juego simbólico". Es el tiempo en el que los niños comenzarán a armar juegos de roles que les permitan comprender mejor y elaborar lo que les sucede emocional y cognitivamente. (16)

Los miedos aparecen con más frecuencia cuando el niño tiene alrededor de 4 años. A esta edad no conoce ni comprende del todo la realidad que lo rodea y confunde lo real con lo imaginario. En todos los aspectos de la conducta es muy difícil razonar con él. En esta etapa el niño multiplica y potencia sus posibilidades motoras, cognitivas, lingüísticas, sociales. (16)



5 años

En esta etapa podemos observar que el niño tiene un vocabulario extenso y forma oraciones completas. Se considera una buena edad para las visitas dentales. La madre es el centro del mundo y al niño le gusta estar con ella. En cuanto a su desarrollo físico y motriz: tiene mayor control y dominio sobre sus movimientos así como mayor equilibrio y maneja la articulación de la muñeca permitiendo el buen manejo del cepillo de dientes.

6 años

Ya está conociendo el mundo fuera de la casa a esta se le conoce como la “edad escolar”. Le encanta jugar a que es alguien o algo, y tiene sus juegos y juguetes favoritos, tales como trenes o muñecas. También tiene cosas que le encanta coleccionar. Las cosas que no comprende pueden asustarle (como los ruidos fuertes, los rayos, el viento, la lluvia). Le encanta recibir elogios, no se puede adaptar, los demás se deben adaptar a él, puede aceptar las críticas de regaño y castigo. (16)

7 años

Es muy caprichoso y de gran exigencia consigo mismo, cree que la gente esta en contra de él, que no le quiere y que los padres son injustos. Desea aprobación y por ello trata de cooperar. La velocidad de sus movimientos aumenta, lee por su propia iniciativa, puede ser autosuficiente en casa (como hacer su cama, levantar su plato, tomar cosas de librerías). Expresa verbalmente lo que piensa y siente. (16)

8 años

Edad de gran desarrollo intelectual es expansiva y rápida. Memoriza la información que lee, resuelve problemas aritméticos sencillos, su pensamiento es organizado. Posee la capacidad para realizar trabajos manuales por su propia iniciativa, se responsabiliza de sus tareas y actividades escolares, imita modas y conductas de sus amigos, le gusta dramatizar las cosas. Es más generoso con los demás pero también espera más a cambio. (16)



9 años

Es muy independiente y confiado en si mismo, realiza actividades motrices de mayor complejidad, es muy sensible a la crítica social al exponer sus ideas, se toma las cosas a pecho y se puede derrumbar por cosas que antes no le habrían preocupado. Se va interesando por los cambios de la pubertad y del sexo opuesto, pero tiende a negarlo. Es más interesado en sus amigos que en la familia. (16)

10 años

Se caracteriza por ser amistoso, positivo, integro, flexible sincero y muy obediente. Se adapta con personas de todas las edades, posee sentido de la ética y justicia, se interesa en aspectos religiosos. Le agrada hablar de sí mismo, establece códigos secretos para comunicarse con sus amigos. Es capaz de elegir sobre sus compromisos sociales y se esfuerza por cumplirlos. Generalmente satisfecho con los padres y el mundo en general. Observa con interés su cuerpo y cambios del crecimiento. (16)

11 años

Destaca la preocupación por ideales y por la moral, trabaja en equipo, se interesa por la higiene personal. Se la pasa leyendo revistas y viendo televisión, son capaces de tolerar la frustración, la ansiedad, están capacitados para orientar sus impulsos agresivos y sexuales hacia canales socialmente aceptables, en vez de una actitud beligerante o de una actividad sexual manifiesta. El niño entra al periodo de latencia, se le llama periodo de latencia porque debajo de toda esa calma están los conflictos reprimidos del pasado, reposando tranquilos por un tiempo antes que las hormonas y las tensiones de la preparación para las responsabilidades de la vida adulta los revivan. (16)

12- 18 años

Aparece una gran búsqueda de la identidad propia así como una necesidad de expresar su propia individualidad. Rechaza la autoridad de los padres. Presenta un temor especial a ser etiquetado de forma diferente, comprende muy bien el fin de los procedimientos dentales.



Al no ser capaces de satisfacer realmente sus deseos, los adolescentes viven en un mundo de fantasía. Las fantasías de un adolescente no sano son regresivas, aferradas a los derechos del pasado; las fantasías de un adolescente sano son progresivas, una planificación del futuro los regresivos se aferran a la dependencia. Los progresivos pretenden alcanzar la resolución final del conflicto y completar el proceso de separación-individualización. Su intención no es ser menos, sino más que sus padres y encontrar su pareja y establecer su propia familia. (16)

➤ **Factores que influyen en su actitud en la consulta Odontológica:**

Hablar de la formación de la personalidad de un niño es enfocar un análisis de factores necesarios e indispensables en la formación integral de la niñez, hacia la determinación de conductas saludables. (28)

Quienes penetran en el campo clínico, pueden apreciar que estos factores obedecen a todo un proceso de acciones y direcciones que se inician desde la concepción, pues un niño adquiere habilidades desde el momento en que sus células reciben información; ante el nacimiento y las formas como se establecen su lactancia, se van creando sus bases afectivas, materia importante en la estructura psicológica a desarrollarse. Estos aspectos afectivos emocionales centran además sus bases en maduraciones neurológicas que gobiernan sus conductas motoras, pues estas destrezas acompañadas de un adecuado lenguaje facilitará a los padres a organizar la conducta del niño, la formación de afectos mediante los toques afectivos y la formación de hábitos regirán su conducta pues los métodos correctivos que los padres emplean facilitará esa sensación de autogobierno que caracterizará su accionar. (28)

La socialización es uno de los elementos significativos, pues el desplazamiento que el niño use en su interactuar está regido en esa inteligencia emocional que adquirió de la sensibilidad de intercambios de ideas, acciones y sentir de los padres hacia él, ese mecanismo lo trasladará fácilmente en la interrelación grupal. (28)

Cabe señalar que uno de los acontecimientos que facilitan la seguridad psicológica en la etapa pre-escolar, es la adecuada socialización del niño. Pues llegar a este nivel requiere de una base estructural: vida afectiva, vida emocional, vida social y



vida sexual. Estando estos componentes organizados, su personalidad, para su edad, va a estar consolidada para enfrentar los problemas que la misma situación escolar le va a exigir. (27)

Una vez consolidada la personalidad del niño, entra en juego una situación que puede o no afectar la misma “la visita al odontólogo”. Entre los factores más importantes relacionados con esta situación se encuentran:

- Ambiente odontológico.
- Odontólogo.
- Personal auxiliar.
- Padres.
- Ambiente escolar.
- Edad del niño.

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. (28)

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. (28)

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. (28)



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 crear una atmósfera de confianza en un ambiente placentero. (28)

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. (28)

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. (28)

Ambiente escolar:

El preescolar que ya ha tenido una atención odontológica, por su naturaleza comunicativa se lo trasmite al compañero. Se recomienda una atención antes de los 2 años, antes de iniciar su etapa preescolar. (28)

Edad del niño:

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. (28)



Diversos estudios hacen referencia a que el sexo del niño no ejerce una influencia relevante en su comportamiento en la sala de espera, dentro de la clínica ni en la actitud que presentan para con sus padres. (28)

➤ **Comportamiento en el consultorio dental:**

1) Aceptación del tratamiento del dental:

- Grado 0: No aceptación. Protestas verbales o físicas manifestadas con llantos.
- Grado 1: Aceptación con desgana. No se logra establecer una conversación respetuosa, quizás se pueda dar una vaga protesta. Presenta una posición poco relajada en el sillón dental. En cuanto a los ojos el niño parpadea frecuentemente o frunce el ceño.
- Grado 2: Presenta aceptación indiferente, conversaciones o preguntas ya sean dubitativas o demasiado rápidas, movimientos cautelosos o indeseosos. La atención de la visión suele ser indiferente pero la posición del cuerpo en el sillón dental es relajada.
- Grado 3: Aceptación positiva. Voluntad de conversación y hacer preguntas, demostración de interés, posición relajada en el sillón dental; ojos brillantes y tranquilos.

2) Clasificación de llanto (según Elsbach, 1963): (9)

- Obstinado → Este llanto responde específicamente al capricho del niño, no encontrándose motivo justificable para el llanto. El niño presenta pataleta, llora, grita y se niega a la realización del tratamiento.
- Atemorizado → Este llanto responde al temor o angustia que presenta el niño, puede presentarse antes de iniciar el tratamiento, la mayoría de las veces estos niños ceden al tratamiento.
- Herido → Este llanto responde a algún dolor físico provocado durante el tratamiento. Si el niño dice que le duele lo mejor es hacerle caso y prestarle atención a la causa del dolor, aunque a veces solo sea dolor psicológico.



- o Compensador →Este llanto responde a la resignación del niño ante el tratamiento, siendo el menos intenso de los llantos presentados en la clínica, llora mientras se le está realizando el tratamiento.

3) Clasificación de las posibles resistencias al tratamiento: (9)

- a. Resistencia incontrolada: Pataletas, gritos, golpes. Se contrarresta con actitud firme y restricciones físicas.
- b. Resistencia desafiante: Se caracteriza por expresiones verbales como “andate”, “no quiero”. Se trata de examinarlo igual, diciéndole previamente “no me hagas ni a mi ni a tu mamá perder el tiempo”.
- c. Resistencia pasiva: Propia de un niño asustado, no habla y rehuye la mirada. Se debe de establecer contacto visual, contacto físico (darle la mano), manifestarle algunas palabras y gestos, todo para tranquilizarlo.
- d. Resistencia por timidez: El niño se muestra demasiado tímido. Se soluciona tratándolo con cariño.
- e. Resistencia tensa que empieza a somatizar: Paciente tan tenso y angustiado que se pone pálido. (Hay que estar pendiente de la facies del paciente.) ¿Qué hacer?: parar de trabajar, darle apoyo, a veces suspender la atención y tranquilizarlo.

4) Clasificación de la actitud de los niños en el consultorio dental: (10)

- ❖ **Cooperadores**: Son aquellos deseosos de iniciar el tratamiento, sigue las indicaciones con solo decírselas, permanece tranquilo demostrando sólo una inquietud leve ante anestesia, permite la realización de la terapia a su tiempo, se muestra cómodo en el sillón dental colocando sus brazos relajados en los brazos del sillón; su comodidad también es notable debido a que sus ojos no se notan inquietos. Puede presentar un llanto *Herido*. (10)



- ❖ **Incapaces de cooperar:** En esta se encuentran niños de tres años o menores, niños con limitaciones físicas (cierto nivel de sordera, ceguera o alguna otra afectación) o con limitaciones mentales que le impiden acatar órdenes (retardo mental, parálisis cerebral, deficiencia de aprendizaje, autista). (10)

- ❖ **Agresivo, potencialmente cooperador:** Niños que llegan haciendo rabieta a la cita, no sigue las indicaciones dadas por el odontólogo, no se recuesta completamente en el sillón, el niño parpadea mucho o frunce el ceño, utiliza un lenguaje verbal ofensivo y/o despectivo, trata de impedir el tratamiento por medios físicos ya sea de patadas o golpes con sus manos. Generalmente se necesita de inmovilización física ya sea con aditamentos o personal humano para realizarle el tratamiento. Puede presentar un llanto *obstinado*. (10)

- ❖ **Tímido, potencialmente cooperador:** Niños que llegan con llanto en donde podemos tratar de modificarles su conducta para que coopere, de igual manera aquellos niños con conversación muy pobre y retraída, el niño no ve directamente a la cara, no se recuesta completamente en el sillón, sus brazos y manos están constantemente en movimientos; también se incluyen aquellos con experiencias previas desagradables. Todos ellos ceden al tratamiento luego de un tiempo pudiendo utilizarse medidas de control de comportamiento como control de voz o decir-mostrar-hacer. Puede presentar llanto *atemorizado* o *compensador*. (10)



Padres o Responsables

Padres son aquellas personas que biológicamente han engendrado al niño. También se incluye en este término a los que han criado al niño dándole protección y cariño independientemente de ser padres biológicos o no. Es decir que “padres” son aquellos que educan al niño y son su modelo a seguir.

Para fines de nuestro estudio se entenderá por responsables a aquellas personas que acuden al consultorio dental y que comparten parte del tiempo con el niño, sean estos sus padres o no.

Es muy raro encontrar padres que lleven a su hijo al consultorio dental sin aprensiones o desconfianza sobre cuál será la reacción del infante al tratamiento dental, es preciso educar y motivar al niño para que no llegue al consultorio con dudas, temor y miedo. Para los padres es de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia; los padres se tornarán más entusiasta sobre el bienestar del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. (29)

➤ **Comportamientos de los padres o responsables:**

Ser padres y madres es una tarea difícil que requiere dedicación y formación, saber como guiar sus conductas y las de sus hijos, escuchar y mostrar afecto. Pero es importante que ejerzan su papel con seguridad. (29)

Ser padre significa colaborar en la formación de una persona (apoyándolo en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de un niño). El temor a equivocarse provoca en los padres mucha ansiedad. No existen recetas, sino buenas orientaciones y el interés genuino por educar a nuestros hijos. (29)



Hay miles de preocupaciones que los padres tienen cuando sus hijos nos muestran estados de ansiedad. Muchas veces escuchan como una madre dice: "me tenés cansada". A veces es normal que los padres se sientan culpables por este tipo de comentarios, y en muchas ocasiones si ven que en la vida de sus hijos algo no marcha bien, los padres sienten y creen que la culpa es suya. (29)

En la sociedad actual, en que la gente vive a toda prisa y muy atareada, en ocasiones los padres se sienten impotentes, lo cual exige grandes responsabilidades como individuos, porque deben esforzarse para aportar tiempo, ánimo y recursos necesarios para que sus hijos progresen adecuadamente. Partiendo del objetivo biopsicosocial, sabemos que los padres tienen algo que ver con la ansiedad de sus hijos, aunque muchos factores, como la herencia genética y los asuntos relativos al entorno escapan bastante de su control. (29)

➤ **Diferentes actitudes de los padres.**

► **Padres colaboradores:**

Modelo al que aspiran todos los padres. Exigen y dan en la misma medida, dejan que sus hijos aprendan a vivir su vida, pero antes les han proporcionado una estructura sólida basada en normas claras. Son flexibles y cariñosos, pero firmes cuando la situación lo requiere, cooperan con sus hijos y los dejan participar en la solución de conflictos y en la toma de decisiones. (30)

Asisten puntualmente a las clínicas, acuden si necesita su ayuda durante el tratamiento, obedecen en las medidas higiénicas propuestas para que los niños las cumplan en su hogar y se interesa en darle seguimiento al tratamiento que se le realiza al niño. (30)

Sus hijos: serán responsables, independientes, con un gran equilibrio emocional y presentarán pocos problemas de conducta. Pueden desarrollar una actitud cooperadora. (30)



► **Sobreprotectores:**

Son como “papás canguros”; asumen las responsabilidades que corresponden a los hijos; no les permiten llegar a ser y hacer por sí mismos, apelan a argumentos de tipo sentimental para garantizar la adhesión de sus hijos, consideran a sus hijos como seres inmaduros y faltos de recursos, no les dan oportunidad a sus hijos de decidir, de arriesgarse de ser ellos mismos. Actúan como «protectores», a la vez que hacen valer su condición de “expertos” porque dicen saber que es lo mejor para su hijo. (30)

En el consultorio dental siempre quieren estar al lado del niño, entran constantemente a la clínica durante el tratamiento, reaccionan con sobreprotección extrema cuando se le realiza un tratamiento al niño, ellos quieren dirigir al odontólogo durante la cita y les gusta juzgar el éxito o fracaso de lo realizado en la cita. (30)

Sus hijos: generan en ellos dependencia, inseguridad e incapacidad. Producto de la falta de protagonismo no tienen oportunidad de madurar. Pueden desarrollar un carácter tímido-potencialmente cooperador. (30)

► **Padres Lastimosos:**

Hace lo que el niño le dice, se resiste a retirarse de la clínica y esperar en la sala de espera. Se separa compasivamente del niño, reacciona con expresiones de lástima cuando se le realiza un tratamiento al niño y retiran inmediatamente al niño de la clínica cuando este comienza a llorar. (30)

Sus hijos: generan en ellos ansiedad, dependencia, un sentido exagerado del dolor. Pueden desarrollar un carácter tímido-potencialmente cooperador. (30)



► **Padres indiferentes:**

Cree que su hijo no es un tema que le incumba y deja que otra persona, se ocupe de él. Estos padres ponen pocos límites a sus hijos pero también les proporcionan poca atención o apoyo emocional. (30)

En relación a la visita a la clínica: asisten impuntualmente a los turnos o no asisten, no demuestran interés en el tratamiento que se le realiza al niño, no siguen las indicaciones dadas. (30)

Sus hijos: suelen ser problemáticos e inseguros exigentes y desobedientes, les cuesta mucho participar en juegos e interacciones sociales, ya que no siguen reglas. Pueden desarrollar un carácter agresivo-potencialmente cooperador



Odontólogo

Odontólogo es aquella persona que posee los conocimientos y habilidades para conservar o restablecer la salud del sistema estomatognático. (3)

Para efectos de nuestro estudio se tomará en cuenta que, el estudiante de V curso de la carrera de odontología posee los conocimientos y habilidades anteriormente mencionados. Se considera también al estudiante como una persona adiestrada para realizar la función o actividad correspondiente a por lo que a lo largo de nuestro estudio se le referirá también como "clínico"

➤ **Reacciones del profesional sanitario frente a sus pacientes.**

El profesional puede experimentar las siguientes reacciones frente a las enfermedades de sus pacientes:

1. Reacciones de huida: el profesional de la salud no puede "huir" literalmente, pero puede desarrollar estrategias que alejen a sus pacientes. Por ejemplo, a los pacientes que agradan mucho, se les dedica menos tiempo.
2. Reacciones de rechazo: este rechazo se manifiesta a veces como una conducta culpabilizadora, recriminando al paciente incluso por tener la enfermedad.
3. Reacciones de racionalización: el profesional toma el papel de "técnico", centrándose en la patología del paciente y evitando el contacto personal con el mismo. Justifica su actitud en la falta de tiempo, en que su función no es la de psicólogo o asistente social, la mayoría de pacientes no presentan nada importante.



➤ **Diferentes actitudes del clínico o estudiante**

Nuestro estudio no trata de determinar específicamente la personalidad del clínico, ya que ello requiere de un estricto test psicológico, sino que trata de determinar la actitud de este hacia el paciente pediátrico.

Siguiendo la línea de ese mismo afán y debido a la carencia de una clasificación de la actitud del clínico, nos dimos a la tarea de describir los comportamientos más relevantes de los clínicos ante diferentes situaciones, para luego agrupar las reacciones similares en determinados grupos que nos permitieron determinar la actitud del clínico.

➤ **Actitud del estudiante**

❖ **Integral:**

Tiene la capacidad de trabajar en grupo, desarrolla una buena convivencia en el ambiente clínico. Es aquel que tiene empatía con el padre o responsable y con el niño, llama al niño por su nombre, si el niño no asiste a la cita sabe los motivos por los que no asistió, usa a los métodos de control de comportamiento de manera adecuada, da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable, respondiendo a las posibles inquietudes sobre el tratamiento. Cuando esta realizando el tratamiento al niño se muestra cómodo y muy seguro en lo que está realizando y si necesita ayuda busca acertadamente ayuda del responsable del niño.

❖ **Dependiente:**

No puede tomar decisiones técnicas sin preguntarle constantemente al docente si lo está haciendo bien, se muestra inseguro, le da cierta importancia al nombre del niño y si este no asiste a la cita muestra interés en conocer el motivo por el que no asistió. Le puede resultar difícil abrir consulta o independizarse.

Se muestra inseguro sobre que método de control de comportamiento debe utilizar cuando el niño se comporta con inquietud, da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable aceptando la mayoría de sus sugerencias, cuando esta realizando el tratamiento se muestra inquieto, inseguro, pidiendo ayuda de sus compañeros, puede dejar que sea el responsable del niño quien dirija lo relacionado al tratamiento.



❖ **Independiente:**

No trabaja en grupo, carece de empatía, no le da importancia al nombre del niño y si este no asiste a la cita, llama insistentemente para saber las razones, incluso puede llegar a su hogar. Usa los métodos de control de comportamientos de una manera exagerada o arbitraria. Cuando esta realizando el tratamiento al niño, se muestra demasiado confiado, procurando no ser supervisado durante el tratamiento y no pide ayuda del responsable aunque la necesite. Da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable, no dejando que el responsable opine sobre ellas

❖ **Evitativo:**

Olvida el nombre del niño y si no asiste a la cita, se nota alegre o aliviado de que el paciente no llegue. Cuando está realizando el tratamiento al niño, se muestra preocupado por cometer errores y causar molestia en el paciente, de necesitar ayuda, se pone muy nervioso que no toma en cuenta al responsable. No hace uso de los métodos de control de comportamiento y da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable del niño con temor.



Analizando las diferentes actitudes del clínico nos encontramos con que necesitan complementarse de diferentes comportamientos para permitirnos ser un buen profesional de la salud. En el siguiente recuadro se muestra lo que cada actitud necesita:

Comportamientos complementarios en cada actitud del clínico para llegar a ser un buen profesional.

Actitud del clínico	Comportamientos complementarios para llegar a ser un buen profesional
Integral	No necesita comportamientos complementarios para llegar a ser un buen profesional.
Independiente	<ol style="list-style-type: none">1. Utilizar los métodos de control de comportamiento de forma adecuada.2. Dar recomendaciones al responsable del niño de manera que el tratamiento pueda llevarse a cabo de forma adecuada.3. Debe trabajar acertadamente en equipo (niño, tutor, asistente y padre o responsable), no tratando de trabajar todo por si sólo.
Dependiente	<ol style="list-style-type: none">1. Utilizar los métodos de control de comportamiento de forma adecuada.2. Dar recomendaciones al responsable del niño de manera que el tratamiento pueda llevarse a cabo de forma adecuada.3. Tener confianza en el momento de realizar el tratamiento al niño.4. Debe trabajar acertadamente en equipo (niño, tutor, asistente y padre o responsable), no buscándolos en todo momento.
Evitativo	<ol style="list-style-type: none">1. Conocer los motivos por los que el niño no puede o no quiere asistir a la clínica.2. Utilizar los métodos de control de comportamiento de forma adecuada.3. Dar recomendaciones al responsable del niño de manera que el tratamiento pueda llevarse a cabo de forma adecuada.4. Tener confianza en el momento de realizar el tratamiento al niño.5. Debe trabajar acertadamente en equipo (niño, tutor, asistente y padre o responsable).



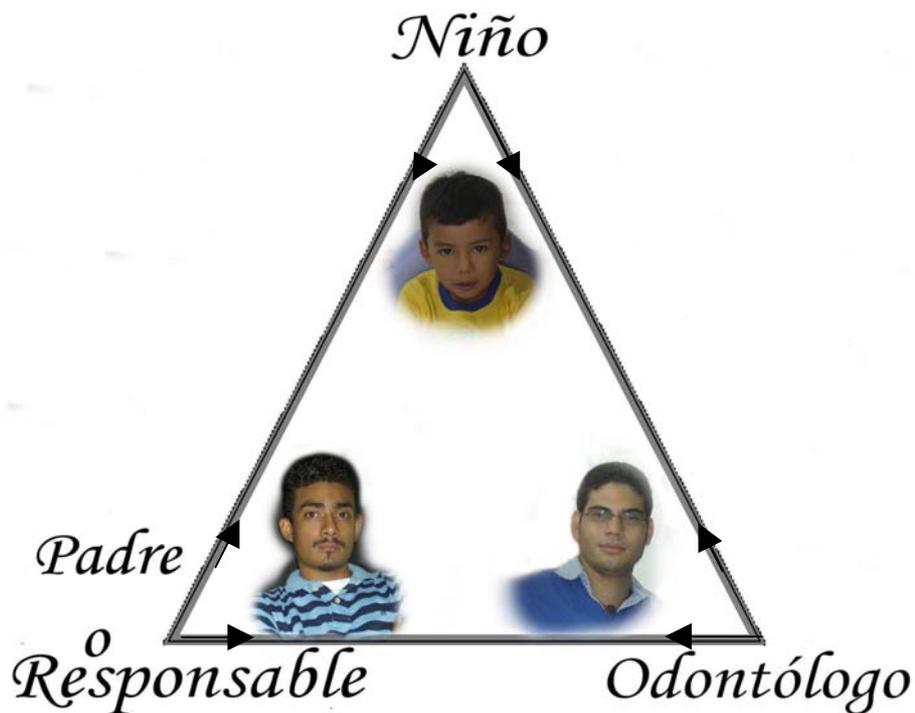
Triángulo odontopediátrico

La práctica de la odontopediatría debe regirse por una filosofía sencilla, pero fundamental: tratar al paciente no al diente. Implícita en esta forma de pensamiento está la obligación de considerar los sentimientos del niño, ganar su confianza y cooperación, efectuar el tratamiento de manera amable, y no sólo preocuparse de proporcionar la atención requerida en ese momento sino, además, promover la futura salud dental del niño, mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas sobre el tratamiento dental. (8)

Por ello, debemos realizar una historia clínica completa, que nos permita conocer al paciente en sus aspectos social, médico y dental. La historia que precede a la exploración odontopediátrica generalmente la relata un intermediario (Los padres o responsables). La entrevista con el responsable y el niño permite al odontólogo valorar la relación responsable - niño y la respuesta de este al ambiente dental. (8)

Se ve entonces que la confección de la historia clínica, como un proceso ordenado, que permite establecer un diagnóstico, sufre, en la odontopediatría, alguna modificación al romperse la relación lineal odontólogo – paciente por otra de naturaleza triangular constituida por el niño – sus padres – el odontólogo. (8)

Por tanto se infiere que el Triángulo Odontopediátrico es un esquema dinámico de la relación existente entre los diferentes elementos que garantizan el buen término del tratamiento odontopediátrico. (8)



La importancia del Triángulo Odontopediátrico radica en que este es la base de un buen diagnóstico y por tanto de un adecuado tratamiento. Si no se le da la importancia necesaria a cada uno de sus elementos, nos encontraremos con niños, padres u odontólogos frustrados por el hecho de que el tratamiento no culminará nunca en el éxito.

➤ Interrelación

1) Principios en la relación entre clínico/paciente niño: (9)

1. Establecer desde el principio cuales son las reglas del juego: hay que hacerlo con autoridad, no solo mandar si no que también sienta que lo cuidamos.
2. Uso de la imaginación y la fantasía: motivar a los niños a algún juego (ludoterapia).
3. Respeto a la dignidad del niño: cortesía, saludar primero al niño y después a la mamá. Darle las gracias al terminar.
5. Se necesita autenticidad del aprecio: los niños son muy suspicaces, perciben todo.
6. No argumentar con el niño.
7. Información: veraz, concreta y sencilla del instrumental y aparatos a usar, no se debe mentir porque si nos equivocamos y nos pillan se pierde la confianza.



2) Técnicas de manejo del comportamiento:

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo. Esta rama de la psicología plantea que el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las sustancias ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones. (31)

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación. (31)

- Las principales técnicas del manejo del comportamiento son:

Decir-Mostrar-Hacer: Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). (9,31)

Su objetivo es disminuir la ansiedad mediante la explicación de una situación que es desconocida para él. Puede usarse en todos los pacientes, sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal. (9,31)

Control de Voz: Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace, no debe confundirse con gritar al paciente. Puede hacerse hablándole en tono muy bajo al oído del niño (a). (5, 9,11)

Su objetivo es establecer comunicación y autoridad con el paciente. Es más útil en aquellos pacientes que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad. Está contraindicado en pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.



Refuerzo Positivo: Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado, debe hacerse inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento. Generalmente se utiliza acompañada de la técnica de Refuerzo Negativo (modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo). (5,1)

Su objetivo es actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado. Su gran ventaja es que puede utilizarse en cualquier paciente sin contraindicación alguna.

Inmovilización: La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción sin ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el clínico, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción como: papoose board, Pedi-Wrap, también se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica. (5, 6, 7,13)

Su objetivo es proteger la integridad física del clínico, personal auxiliar y la del paciente y realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. Debe utilizarse en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental. No debe utilizarse en pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico.

Mano sobre la Boca: Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño. (2, 3,5)

Su objetivo es establecer comunicación y autoridad con el paciente. Indicado en pacientes sanos que tengan desarrollada la comunicación verbal y sea potencialmente cooperadores.



IV. Diseño metodológico

➤ **Tipo de estudio:**

Descriptivo de corte transversal.

➤ **Área de estudio:**

Nuestro estudio se realizó en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN -León, ubicada en las instalaciones del Campus Médico, la cual cuenta con 16 unidades operativas, un área de radiografía, un área de revelado, un laboratorio, un área de proveeduría, un área de esterilización y un área de archivo.

➤ **Población de estudio:**

Nuestra población constó de 63 estudiantes, seleccionando por estudiante, un niño y uno de sus padres o responsables que asistieron a la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN –León, durante el mes de noviembre, del año 2009; en la asignatura de Odontopediatría II.

➤ **Criterios de inclusión:**

- ✓ Niños entre las edades de 4 – 13 años que fueron atendidos sistemáticamente en las clínicas de Odontopediatría durante el mes de noviembre 2009.
- ✓ Padres o responsables que asistieron con los niños a las clínicas de Odontopediatría en el mes de noviembre del año 2009.
- ✓ Aquellos estudiantes del V curso que se encontraban presentes atendiendo a los niños en las clínicas de Odontopediatría II, mientras se realizaba la recolección de datos.



De la totalidad de la población se excluyó a 3 estudiantes, ya que no estaban presentes en las clínicas. Pudiendo contar con una totalidad de 60 “Triángulos odontopediátricos” cada uno compuesto por un niño, un padre o responsable y un estudiante.

➤ **Variables:**

- ✓ Sexo del niño atendido.
- ✓ Edad del niño atendido.
- ✓ Actitud del niño.
- ✓ Actitud del padre o responsable.
- ✓ Actitud del estudiante.

➤ **Instrumento y método de recolección de la información.**

La recolección de información se realizó de dos formas, una de ellas fue por medio de una entrevista elaborada para los estudiantes; en la que se pretendía que, mediante la información contenida en un juego de ficha referente a la actitud del niño y otro juego de fichas correspondientes a la actitud del responsable; el estudiante seleccionara la actitud característica del niño y del responsable.

Otro instrumento del que nos auxiliamos fue una encuesta encaminada a determinar la actitud del estudiante de odontología. Dicha encuesta fue aplicada a los doctores que se desempeñaban como tutores de los estudiantes, con el fin de que especificaran los comportamientos que presentaban cada uno de los estudiantes bajo su cargo.

Para lograr datos lo más veraces posibles, ambos instrumentos fueron aplicados durante los turnos en que cada estudiante se encontraba atendiendo a su paciente; habiendo una mayor colaboración al llenar las encuestas por parte de los estudiantes que por parte de los tutores; quizás por el hecho de que cada tutor debía dar su criterio sobre todos los estudiantes que estaban bajo su cargo.



➤ Plan de Tabulación y Análisis.

Luego de recolectada la información, se procedió de la siguiente manera:

Para la encuesta dirigida a determinar la actitud de los niños y padres o responsables, primeramente se contabilizaron los datos por medio del método de “los palotes” luego se procedió a introducir los datos el programa estadístico SPSS, elaborándose una base de datos, de la cual se obtuvo gráficos y tablas que expresaban los resultados de nuestra investigación a manera de porcentaje.

Para la clasificación de la actitud del estudiante nos auxiliamos de fundamentos psicométricos.

La psicometría es la rama de la psicología que se encarga de medir los aspectos psicológicos de una persona, como son: el conocimiento, las habilidades, las capacidades, las actitudes o la personalidad.

El escalamiento es el campo de la psicometría que tiene como objetivo fundamental la construcción de escalas de medida y por lo tanto incluye todos los procedimientos necesarios para su elaboración. La elaboración de escalas no es más que el proceso por el que se diseña y calibra un dispositivo de medición, y la forma en que se asignan números (u otros índices) a diferentes los rasgos, atributos o características que se este midiendo.

En nuestro estudio se diseñó un dispositivo de medición, sometiendo al instrumento destinado a determinar la actitud del estudiante a las siguientes reglas:

1. Elaborar el instrumento con un número de ítems que permita la obtención de la información deseada: el número de ítems de nuestro instrumento fue **6 preguntas** . Dicho instrumento se encuentra en Anexos, Pág. 60 y 61.
2. Determinar el número de categorías en las que se desea clasificar la información: se contó con **4 categorías**: evitativo, dependiente, independiente, integral.



3. Otorgar el valor correspondiente a las diferentes respuestas de los ítems:
 - ✓ Respuestas que engloban el comportamiento evitativo : 1 pto.
 - ✓ Respuestas que engloban el comportamiento dependiente : 2 ptos.
 - ✓ Respuestas que engloban el comportamiento independiente : 3 ptos.
 - ✓ Respuestas que engloban el comportamiento integral : 4 ptos.
4. Verificar la validez y veracidad del instrumento: Se realizó lo concerniente a este paso con ayuda de nuestra tutora.
5. Recolectar la información: Para la realización de este paso contamos con la ayuda de estudiantes y docentes.
6. Aplicar la siguiente fórmula en el estudio para obtener el intervalo que condicionará el rango de las categorías:

$(N^{\circ} \text{ de preguntas total del cuestionario}) \times (\text{puntaje máximo a obtener en cada pregunta})$

$N^{\circ} \text{ de categorías a agruparse los encuestados}$

$$\frac{(6) \times (4)}{4} \longrightarrow \frac{24}{4} \longrightarrow 6$$

7. Establecer los rangos de cada categoría auxiliándose del intervalo que rige el estudio: El número "6" es el intervalo guía para clasificar a los estudiantes en las diferentes actitudes. En nuestro estudio establecimos el siguiente orden en base al recuadro "*Comportamientos complementarios en cada actitud del clínico para llegar a ser un buen profesional*" (Véase Pág. 27)

- Evitativo: 1-6 (puntos)
- Dependiente: 7-12 (puntos)
- Independiente: 13-18 (puntos)
- Integral: 19-24 (puntos)

8. Aplicar el dispositivo de medición y obtener los resultados finales: Se procedió entonces por nuestra parte al análisis de resultados.



9. Luego se procede a comparar los resultados obtenidos con la bibliografía actual y las características propias del entorno donde fue desarrollada la investigación: Encontramos limitaciones al pretender comparar los resultados obtenidos por medio de nuestro dispositivo de medición con las características propias del entorno en el que se desarrolló nuestra investigación y bibliografía actual, debido a que estas no existen.

10. De corresponderse los resultados con la bibliografía actual y las características propias del entorno se procede a aplicarlo en diferentes regiones geográficas: No fue posible la realización de este paso.

11. De confirmarse la validez del dispositivo. en diferentes regiones geográficas será posible la aprobación internacional de este: No fue posible la realización de este paso.

Luego de recolectados, los datos fueron introducidos en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS, lo que nos permitió obtener, las tablas de frecuencia y gráficos referentes a nuestra investigación.

➤ Fuente de Información:

Para la obtención de la información presentada en esta investigación se utilizó fuente primaria, porque los datos fueron obtenidos de primera mano, recopiladas por encuestas realizadas a los estudiantes del V curso y a los docentes encargados de supervisar a los estudiantes en los turnos de las clínicas.



Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Indicador	Valores
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información (25)	¿Cuál es la edad del niño que atiende en este turno?	4 años 5 años 6 años 7 años 8 años 9 años 10 años 11 años 12 años 13 años
Sexo	Característica biológica, que distingue al hombre de la mujer. Se refiere a diferencias determinadas por la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano. (24)	¿Cuál es el sexo del niño que atiende en este turno?	M____ F____



Variables	Concepto	Indicador	Valores
Actitud del niño ante el tratamiento odontológico	Conjunto de comportamientos presentados por el niño ante diferentes situaciones en la clínica.	<ul style="list-style-type: none">✓ Se muestra deseoso de iniciar el tratamiento.✓ Sigue las indicaciones con solo decírselas.✓ Permanece tranquilo demostrando sólo una inquietud leve ante la anestesia.✓ Permite la realización de la terapia a su tiempo.✓ Se reclina totalmente en el sillón dental colocando sus brazos en los brazos del sillón.✓ Sus ojos no se notan inquietos.	Cooperadores
		<ul style="list-style-type: none">✓ Es un niño de tres años o menor.✓ Es un niño con limitaciones físicas. (Cierta nivel de sordera, ceguera o alguna otra afectación)✓ Es un niño con problemas mentales que le impiden acatar órdenes (retardo mental, deficiencia de aprendizaje, autista)	Incapaces de cooperar



Variables	Concepto	Indicador	Valores
Actitud del niño ante el tratamiento odontológico	Conjunto de comportamientos presentados por el niño ante diferentes situaciones en la clínica.	<ul style="list-style-type: none">✓ Llega con rabieta.✓ No se recuesta completamente en el sillón.✓ El niño parpadea mucho o frunce el ceño✓ No sigue las indicaciones✓ Al tratar de realizar el tratamiento da patadas y/o con sus manos te detiene.✓ Te dice "andate" o "no quiero"✓ Necesitas de inmovilización física ya sea con aditamentos o personal humano atenderlo.	Agresivos, potencialmente cooperadores
		<ul style="list-style-type: none">✓ Llega llorando a la clínica✓ Se muestra tímido.✓ El niño no ve directamente a la cara✓ No se recuesta completamente en el sillón.✓ Sus brazos y manos están constantemente en movimientos✓ Ha tenido malas experiencias previas.✓ Cede al tratamiento luego de un tiempo.✓ Necesitas de medidas de control de comportamiento como control de voz, decir-mostrar-hacer, distracción para atenderlo.	Tímidos, potencialmente cooperadores



Variables	Concepto	Indicador	Valores
Actitud del padre o responsable en la clínica de Odontopediatría.	Conjunto de comportamientos que demuestra el padre o responsable durante la consulta odontológica.	<ul style="list-style-type: none">✓ Asiste con el niño puntualmente a las clínicas.✓ Coopera si necesita su ayuda durante el tratamiento.✓ Obedece en las medidas higiénicas propuestas por el clínico para que el niño las cumpla en su hogar.✓ Se interesa en darle seguimiento al tratamiento que se le realiza al niño.	Colaboradores
		<ul style="list-style-type: none">✓ Apela a argumentos de tipo sentimental para garantizar la adhesión al niño.✓ Entra constantemente a la clínica durante el tratamiento.✓ Siempre quiere estar al lado al lado del niño.✓ Reacciona con sobreprotección extrema cuando se le realiza un tratamiento al niño.✓ Quiere dirigir el orden del tratamiento y le gusta juzgar el éxito o fracaso de lo realizado en la cita.	Sobreprotectores



Variables	Concepto	Indicador	Valores
Actitud del padre o responsable en la clínica de Odontopediatría.	Conjunto de comportamientos que demuestra el padre o responsable durante la consulta odontológica.	<ul style="list-style-type: none">✓ Se separa compasivamente del niño.✓ Interrumpe el tratamiento al mínimo llanto.✓ Cuando se le realiza el tratamiento al niño reacciona con expresiones de lástima ("Pobrecito, le duele , no le haga muy duro").✓ Se resiste a retirarse de la clínica y esperar en al sala de espera.✓ Hace lo que el niño le dice.	Lastimosos
		<ul style="list-style-type: none">✓ Asiste impuntualmente a los turnos o no asisten.✓ No demuestra interés en el tratamiento que se le realiza al niño (No interactúa con el clínico).✓ No sigue las indicaciones dadas.	Indiferentes



Variables	Concepto	Indicador	Valores
Actitud del estudiante en las clínicas de odontopediatría	Conjunto de comportamientos presentados por el estudiante mientras brinda atención al niño.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Llama al niño por su nombre ✓ Si el niño no asiste a la cita sabe los por los que no asistió. ✓ Usa a los métodos de control de comportamiento de manera adecuada. ✓ Da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable, respondiendo a las posibles inquietudes sobre el tratamiento. ✓ Cuando está realizando el tratamiento al niño y necesita ayuda busca acertadamente ayuda del responsable del niño. ✓ Cuando esta realizando el tratamiento al niño, se muestra cómodo y muy seguro en lo que está realizando. 	Integral
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le da importancia cierta importancia al nombre al nombre del niño. ✓ Si el niño no asiste a la cita, muestra interés en conocer el motivo por el que no asistió. ✓ Se muestra inseguro sobre que método de control de comportamiento debe utilizar cuando el niño se comporta con inquietud. ✓ Da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable aceptando la mayoría de sus sugerencias. ✓ Cuando está realizando el tratamiento al niño y necesita ayuda, deja que el responsable del niño sea quien dirija lo relacionado al tratamiento. ✓ Cuando está realizando el tratamiento, se muestra inquieto, inseguro, pidiendo ayuda de sus compañeros y docente. 	Dependiente



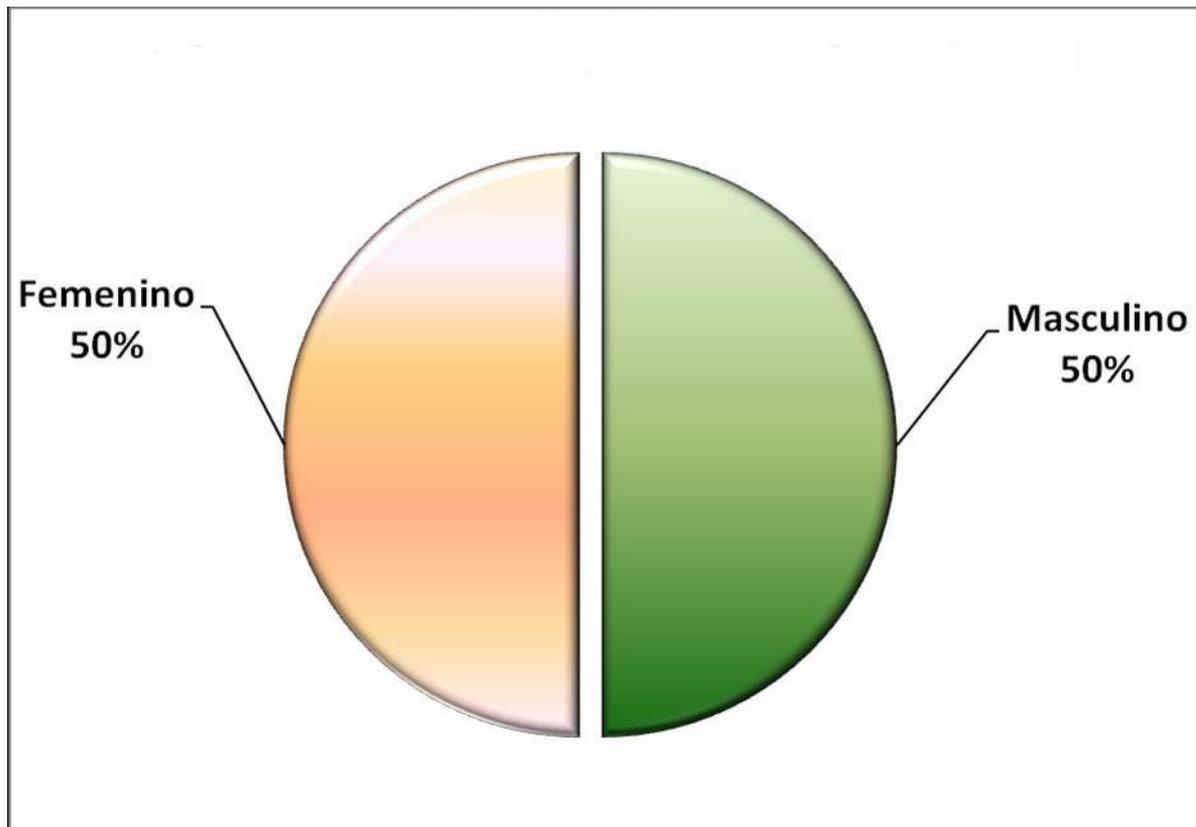
Variables	Concepto	Indicador	Valores
Actitud del estudiante en las clínicas de odontopediatría	Conjunto de comportamientos presentados por el estudiante mientras brinda atención al niño.	<ul style="list-style-type: none">✓ No le da importancia al nombre del niño✓ Si el niño no asiste a la cita, llama insistentemente para saber las razones, incluso puede llegar a su hogar.✓ Usa los métodos de control de comportamientos de una manera exagerada o arbitraria.✓ Da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable, no dejando que opine sobre ellas.✓ Cuando está realizando el tratamiento al niño y necesita ayuda, no pide ayuda del responsable del niño aunque la necesite.✓ Cuando esta realizando el tratamiento al niño, se muestra demasiado confiado, procurando no ser supervisado durante el tratamiento.	Independiente
			<ul style="list-style-type: none">✓ Olvida el nombre del niño.✓ Si el niño no asiste a la cita, se nota alegre o aliviado de que el paciente no llegue.✓ No hace uso de los métodos de control de comportamiento.✓ Da recomendaciones sobre el tratamiento al responsable del niño con temor.✓ Cuando está realizando el tratamiento al niño y necesita ayuda, se pone muy nervioso que no toma en cuenta al responsable.✓ Cuando está realizando el tratamiento al niño, se muestra preocupado por cometer errores y causar molestia en el paciente.



VI. Resultados

Gráfico 1

Sexo de los niños atendidos en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.



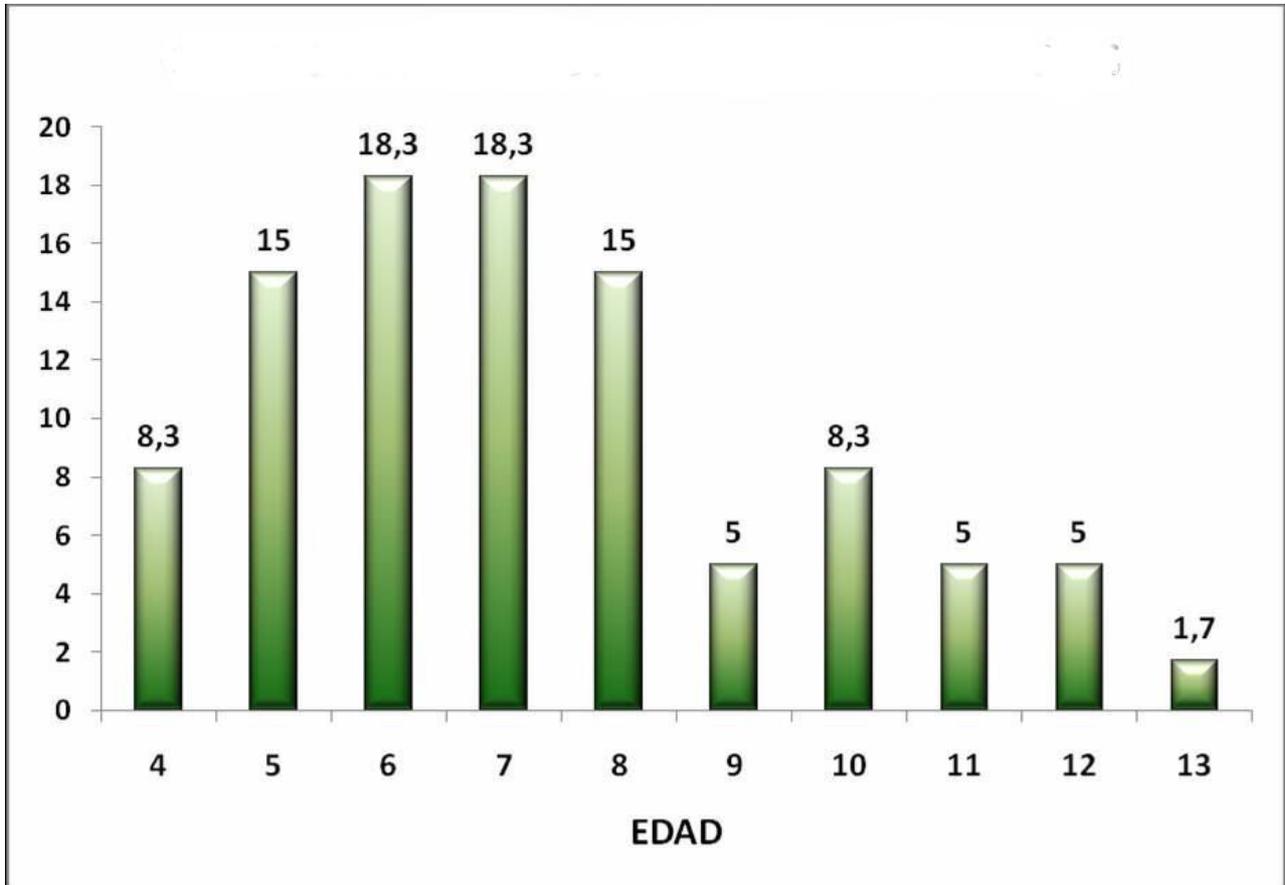
Fuente: Fuente Primaria

Por medio de los resultados, observamos en la gráfica que nuestra investigación constó, con el estudio de un 50% de niños y 50% de niñas.



Gráfico 2

Edades de los niños estudiados en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.



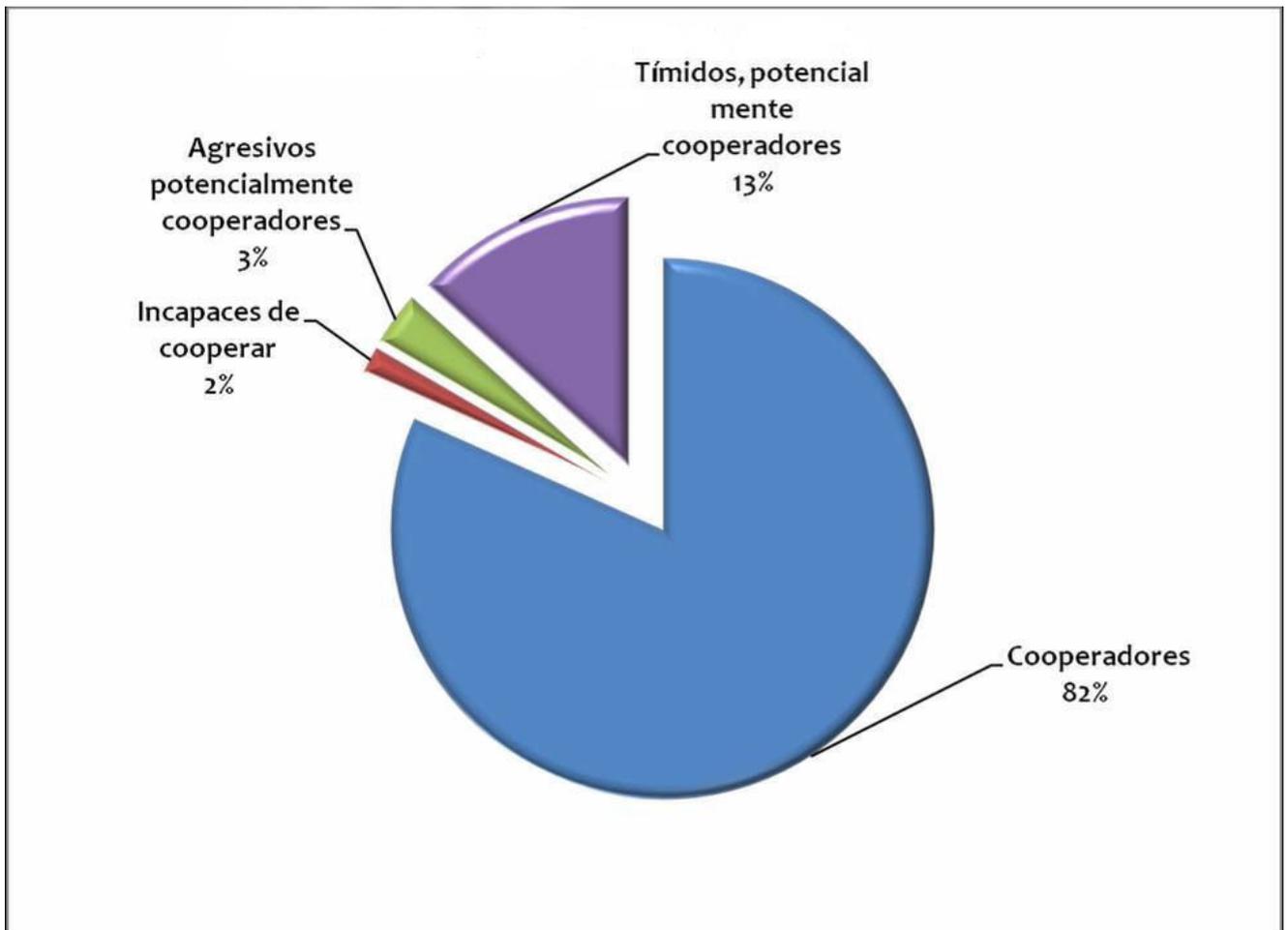
Fuente: Fuente Primaria

A través del gráfico se puede notar que las edades de 6 y 7 años son las de mayor predominancia en nuestro estudio, ambas con un 18.3%. De igual forma observamos que la de menor predominancia es la edad de 13 años, con un 1.7%.



Grafico 3

Actitud del niño atendido en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.



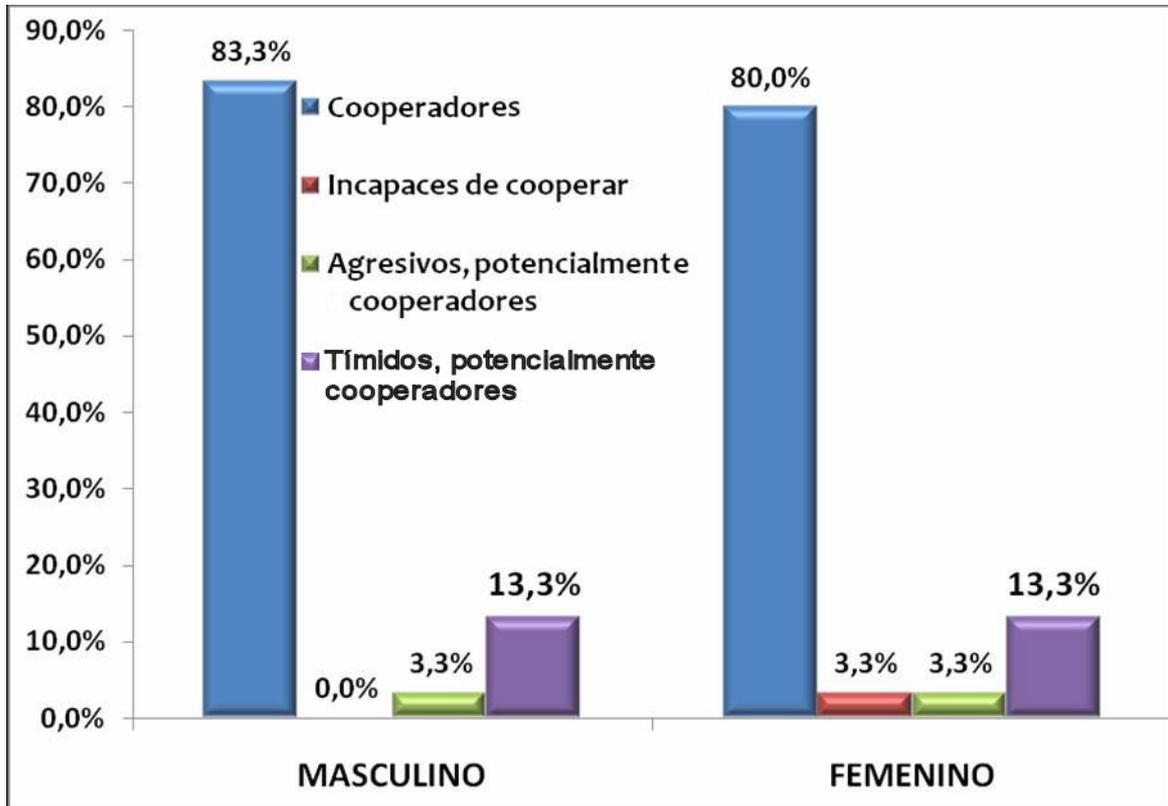
Fuente: Fuente Primaria

De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que la gran mayoría de los pacientes atendidos presentaron una actitud cooperador con un 82% y un mínimo porcentaje de pacientes representados por un 2% fueron incapaces de cooperar.



Grafico 4

Actitud del niño atendido en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009 según el sexo.



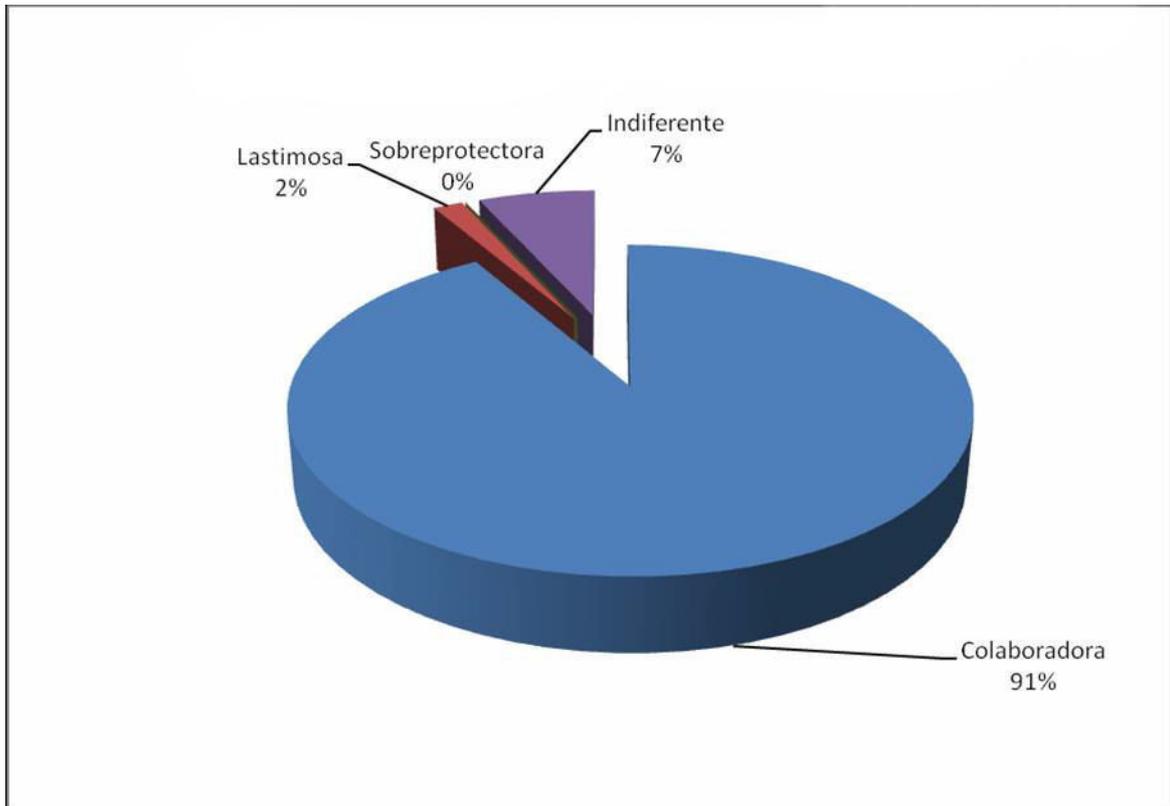
Fuente: Fuente Primaria

En relación a la actitud de los niños en referencia al sexo se hace evidente que no hay mucha diferencia entre el sexo femenino y el sexo masculino, ya que en ambos se destaca la actitud cooperadora, sobresaliendo en el sexo masculino con una pequeña diferencia de 3.3% .



Grafico 5

Actitud del padre o responsable del niño atendido en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.

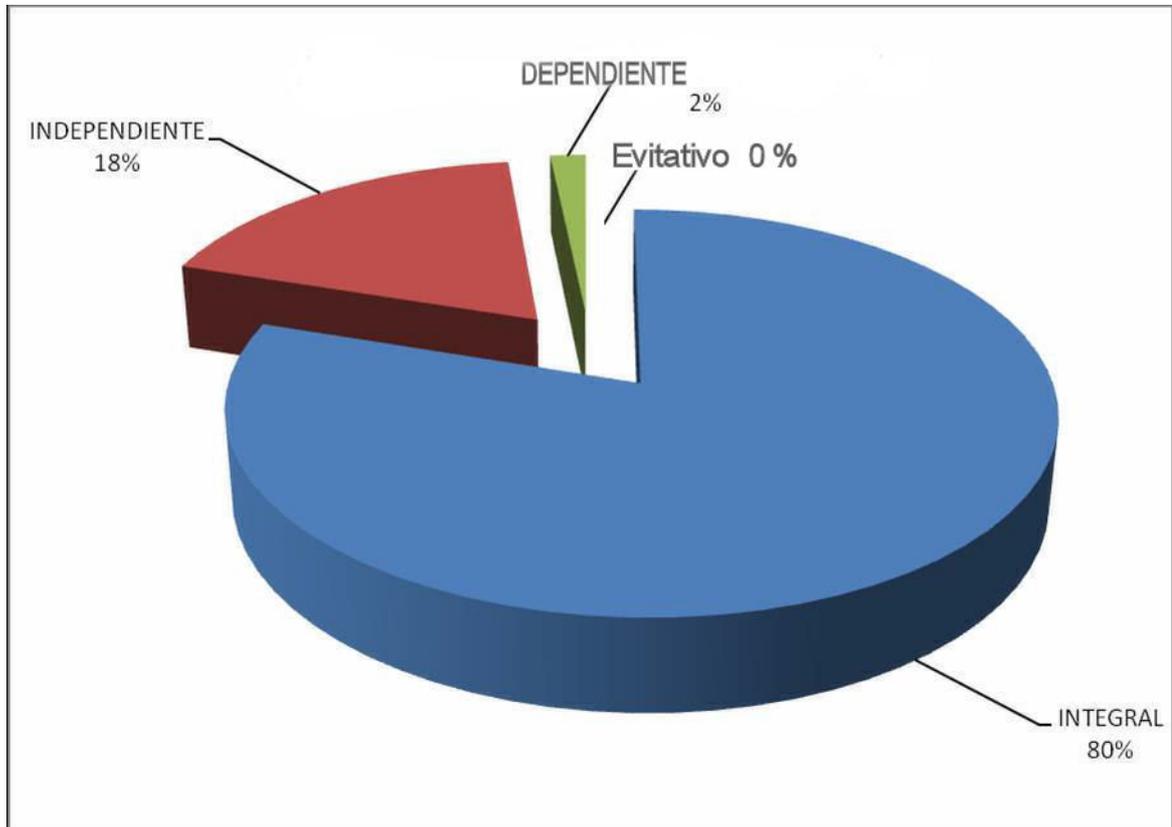


Fuente: Fuente Primaria

Observamos en la gráfica que la actitud más notoria en los responsables de los niños es la colaboradora con un 91% encontrándose con un proporción mucho menor los responsables con actitud lastimosas.

Grafico 6

Actitud del los estudiantes en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.



Fuente: Fuente Primaria

En lo referente a la actitud del estudiante encontramos que la Integral presenta una gran predominancia, destacándose con el 80%. Por otro lado la actitud dependiente representa la minoría con el 2%.

**Tabla 7**

Comportamientos del estudiante de odontología ante distintas situaciones propias del ambiente odontológico.

Situaciones	Comportamientos del estudiante	n	%
En cuanto al nombre del niño	Llama al niño por su nombre	45	75,0%
	No le da importancia al nombre	11	18,3%
	Le da importancia al nombre	2	3,3%
	Olvida el nombre del niño	2	3,3%
Si el niño no asiste a las citas	Sabe los motivos por los que no asistió	34	56,7%
	Muestra interés en conocer el motivo por el que no asistió	17	28,3%
	Llama insistentemente para saber las razones, incluso puede llegar a su hogar	5	8,3%
	Se nota alegre o aliviado de que el paciente no llegue	4	6,7%
En cuanto a los métodos de control del comportamiento	Los usa de manera adecuada	33	55,0%
	Se muestra inseguro sobre que método debe utilizar	20	33,3%
	No hace uso de ellos	6	10,0%
	Los usa de una manera exagerada o arbitraria	1	1,7%

Fuente: Fuente Primaria

En la tabla número 7 se observa que, de los diferentes comportamientos ante las distintas situaciones, se destacan siempre los correspondientes con la actitud integral. Siguiéndolos de cerca encontramos que los comportamientos propios de la actitud dependiente tuvieron un porcentaje considerable en dos de las tres situaciones expuestas.

**Tabla 8**

Comportamientos del estudiante de odontología ante distintas situaciones propias del ambiente odontológico.

Situaciones	Comportamientos del estudiante	n	%
Recomendaciones sobre el tratamiento del niño	Las da respondiendo a las posibles inquietudes	50	83,3%
	Las da aceptando la mayoría de las sugerencias del responsable	5	8,3%
	Da recomendaciones al responsable del niño con temor	3	5,0%
	Las da, no dejando que el responsable opine sobre ellas	2	3,3%
Si necesita la ayuda del responsable para controlar el comportamiento del niño	Busca acertadamente ayuda del responsable del niño	40	66,7%
	Deja que el responsable del niño sea quien dirija lo relacionado al tratamiento	8	13,3%
	No pide ayuda del responsable del niño aunque la necesite	8	13,3%
	Se pone muy nervioso, que no toma en cuenta al responsable	4	6,7%
Cuando está realizando el tratamiento al niño	Se muestra cómodo y muy seguro en lo que está realizando	46	76,7%
	Se muestra inquieto, inseguro, pidiendo ayuda de sus compañeros	7	11,7%
	Se muestra demasiado confiado, procurando no ser supervisado durante el tratamiento	5	8,3%
	Se muestra preocupado por cometer errores y causar molestia en el paciente	2	3,3%

Fuente: Fuente Primaria

En esta tabla notamos que el comportamiento destacado en todas las situaciones presentadas, es el que se corresponde con la actitud integral. Se observó también que los comportamientos relacionados a la actitud evitativa se encontraban en muy pocos porcentajes.



VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestra investigación constó con un igual porcentaje de niños atendidos tanto del sexo femenino como del sexo masculino, lo cual nos indica que no hay preferencia alguna por parte de los alumnos en atender mayormente a niños de determinado sexo. Estos resultados se pueden deber a que existe igual interés por parte de ambos sexos por mejorar su salud bucal, principalmente en lo que al dolor refiere.

En cuanto a las edades en las que los niños asistieron a la clínica se observó un notable aumento en la afluencia partir de los 5 años, lo que se mantuvo con valores considerables hasta la edad de 8 años, siendo de entre ellas las edades de 6 y 7 años las de mayor asistencia, ambas en igual porcentaje. Consideramos que este predominio de edades se debe a que en este periodo de vida los niños son mayormente afectados por caries dental, por tal razón es que existe mayor interés tanto de los niños así como de los padres o responsable por ser atendidos por un dentista.

Se precisó que la actitud predominante de los niños estudiados fue la de carácter cooperador; existiendo una mínima diferencia entre ambos sexos, donde el mayor porcentaje de cooperadores lo presentó el sexo masculino. Por otro lado se presentó con una incidencia mucho menor aquellos niños incapaces de cooperar habiendo referencia de ellos solo en el sexo femenino. Creemos que la razón por la que los niños, atendidos en la clínica resultaron ser mayormente cooperadores se debe a que en este periodo, el tratamiento se encontraba en la etapa final, es decir que los métodos de control de comportamientos pudieron modificar la actitud de niños que al inicio del tratamiento eran potencialmente cooperados (tímidos o agresivos) permitiéndoles ser cooperadores. De igual forma cabe destacar que la mayoría de los niños atendidos tenían 6 ó 7 años, edades en las que según la bibliografía consultada los niños responden muy bien a los elogios y les gusta cooperar para sentirse aceptados. Un dato importante es mínimo porcentaje de niños incapaces de cooperar, lo que puede ser resultado de: el reglamento de la clínica (los niños no deben ser menores de 3 años) y de una falta de cultura de igualdad, donde los niños con capacidades diferentes merecen igual atención odontológica que cualquier otro paciente.



De acuerdo a la teoría de la presente investigación, en lo referido al comportamiento de los niños en las clínicas dentales, encontramos que la predominancia de la actitud cooperadora presente, es el pilar adecuado para dirigir el tratamiento del niño al éxito total, debido a que tiene un efecto positivo en el niño (al permitir su tratamiento integral en un menor tiempo y de una manera no traumática), en el responsable (al brindarle la tranquilidad propiciada por un tratamiento completo en el niño y que no necesita de su constante intervención), y en el estudiante (al aumentar su productividad, reducir sus niveles de estrés y el desgaste físico).

Según los datos obtenidos, un elevado porcentaje de responsables presentan actitud colaboradora, siendo la actitud que le sigue en porcentaje mucho menor, la lastimosa, creemos que esto es debido a que los niños cuentan con más de un padre o responsable que lo lleva su cita y dentro del núcleo familiar no se eligió a aquel que mimaba o permitía al niño hacer lo que él quiere, como es el sobreprotector. También los estudiantes prescindieron de aquellos niños cuyos padres o responsables manifestaron una actitud indiferente cuando se le propuso el tratamiento del niño en las clínicas.

En nuestro estudio encontramos resultados paralelos sobre:

actitud del responsable---actitud del niños

actitud colaboradora---actitud cooperadora

Lo anterior comprueba la teoría que si los padres son colaboradores sus hijos serán cooperadores.

En referencia al comportamiento del clínico en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de la UNAN - León, noviembre del año 2009 se observó que, predominan los estudiantes integrales, capacitados para llevar a feliz término el tratamiento trayendo beneficios *al niño* al reestablecer pronto su salud oral, *al responsable* que ve satisfecha la demanda de tratamiento y *al estudiante* que culmina sus requisitos de promoción, a la vez que obtiene valiosa experiencia profesional. Esto puede ser resultado de la experiencia obtenida por los estudiantes en diversas clínicas en las que venían desempeñándose desde IV curso, además que ya habían obtenido un semestre de experiencia, en el trato de pacientes pediátricos durante la clínica de



Odontopediatría I. Otro aspecto de relevancia es el hecho de que los estudiantes contaban con la supervisión de los respectivos tutores. Lo anterior de igual permite que el estudiante se responsabilice por sus acciones dejando atrás la actitud dependiente que pudo caracterizarlo en un inicio.

El hecho de no encontrar estudiantes o clínicos con actitud evitativa puede corresponderse a que, como estudiantes que aspiramos a ser profesionales en la odontología no debemos sentir rechazo sino nacer en nosotros el sentimiento de realización al momento de ejercer la práctica.

En la información obtenida también observamos que la situación donde más se destaca la actitud Integral del estudiante es al momento de dar recomendaciones al responsable del niño atendido en las clínicas, y la situación donde menos destaca es la relacionada al uso de los métodos de control de comportamiento en las clínicas. Lo que nos permite inferir que existe un mayor dominio por parte de los estudiantes en la relación “clínico-responsable” que en la relación “clínico-niño”, evidenciándose la necesidad verificar el buen uso de las técnicas de control de comportamiento, para así fortalecer las debilidades de este aspecto.

De manera general se obtuvo que el triángulo Odontopediátrico en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, noviembre del año 2009, cuenta en cada uno de sus vértices, con las características propicias para funcionar como una base ideal del tratamiento odontopediátrico. Siendo válido mencionar que el vértice correspondiente a “Actitud del padre o responsable” es el que mayormente se destacó en beneficiar que a dicho triángulo.



VI. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos en nuestra investigación, concluimos que:

- ❖ La actitud más destacada en los niños atendidos en las clínicas, tanto en el sexo masculino como femenino; fue la cooperadora.
- ❖ La actitud que mayormente presentaron los padres o responsables ante el tratamiento realizado a los niños atendidos en las clínicas, fue la Colaboradora.
- ❖ La actitud predominante en los estudiantes, hacia el tratamiento realizado a los niños, fue la integral.



VIII. Recomendaciones

1. A los clínicos: Incentivar el carácter cooperador del niño por medio de refuerzos positivos como un regalo sencillo.
2. A los clínicos: Aprovechar el carácter cooperador de la mayoría de los niños; para lograr el término exitoso del tratamiento y así cumplir con los requisitos establecidos para la promoción del componente curricular.
3. A los clínicos: Valerse del carácter colaborador de los responsables y de la buena comunicación “clínico-responsable” para lograr el éxito del tratamiento
4. A las autoridades correspondientes: presentar programas educativos propios del ambiente clínico en el televisor de la sala de espera. Dichos programas deberán estar encaminados a destacar la importante función que juegan cada uno de los elementos del Triángulo Odontopediátrico en la salud oral de los niños.
5. A las autoridades correspondientes: elaborar un proyecto que promueva la atención de pacientes incapaces de cooperar; ya sea por ser menores de 3 años o por presentar capacidades diferentes.
6. Reforzar las situaciones en las que no hubo una marcada tendencia del comportamiento Integral del clínico, a como son: “Conocer los motivos por los que el niño no asistió a la clínica”; ya que el conocerlos demuestra una excelente relación de niño-clínico-responsable, y “Adecuado uso de los métodos de control de comportamiento” porque esto es de vital importancia en el tratamiento de los niños.
7. Tomar como base el presente trabajo de investigación, para que este sirva de guía en estudios posteriores relacionados con él.



Bibliografía

- 1) Cárdenas D: Conducta y manejo del paciente Niño. En: Fundamentos de odontología: Odontología Pediátrica. Medellín: Corporación Para investigaciones biológicas, ed.1996, pp 22-30.
- 2) Craig W: Hand over mouth technique. J Dent Child 41.ed.:387-89, 21.
- 3) Cassamasino P: Maybe the last editorial on HOM. Ed 1993.Pediatría 15:233.
- 4) Frankel R: the Papoose Board and mother's attitudes following its use. Ed.1991 Pediatr Dent 13:284-89.
- 5) Grinberg S: First encounter of the child and dentist: An analysis of the introductory session. Ed.1984 J Dent Child 51:438-40.
- 6) Hang pp, Hagan JP, Fields HW, Machen JB: The legal status of informs consent for behavior management techniques in pediatric dentistry. Pediatr Dent 6:193-98, ed.1984.
- 7) Musselman RJ: Considerations in behavior management of the pediatric dental patient. Pediatr Clin N Am 38:1309-24, ed.1991.
- 8) Odontopediatría J.R.Boj, Editorial Masson, 2004
- 9) Papalia D, Wendckos S: El Mundo del Niño. En: Psicología del Desarrollo: De la Infancia a Adolescencia. 5ta ed. México: McGraw-Hill, 1993, pp. 23-28.
- 10) Pinkham J: The roles of requests and promises in child patient management. J Dent Child 60: 169-81.ed.1993.
- 11) Pinkham. Odontología pediátrica. Interamericana-McGraw-Hill. México. Ed.1990.
- 12)Pinkham J: Voice Control. An old technique reexamined . J Dent Child 52:199-202, ed. 1995.
- 13)Wright G: Psychologic Management of children's Behaviors. En Dentistry for the Child and Adolescent, 5ta de McDonald R, Avery D, Eds. Philadelphia: CV Mosby Co, 1987, pp. 38-61.
- 14) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología. División de estudios profesionales:
http://www.odonto.unam.mx/licenciatura/guiasyprogramas/guias/4_odontopediatria.pdf
- 15) Los profesionales de Odontoestética - odontoestética San Luis.
<http://www.odontoesteticasl.com.ar/ninios.html>



- 16) Cosas de la infancia: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-articulo06.htm>.
- 17) Salud Bucal: http://www.saludbucal.com/odo_pediatica.html5.
- 18) Intereses para tu nueva familia: <http://alojamientos.us.es/opediatria/ppt/t1.pdf>.
- 19) diccionariosdigitales.net/glosarios y vocabularios:
[http://www.diccionariosdigitales.net/glosarios y vocabularios/ciencias del lenguaje elemento compositivos-griegos.htm](http://www.diccionariosdigitales.net/glosarios-y-vocabularios/ciencias-del-lenguaje-elemento-compositivos-griegos.htm).
- 20) Aprendiendo a ser padres de familia | Padres de Familia | Mejoremos:
<http://www.laenca.com/mejoremos/padres-de-familia/aprendiendo-a-ser-padres-de-familia.html>
- 21) Lecturas de interés: <http://www.ateni.com/lecturas11.htm>
- 22) Manejo no farmacologico del paciente pediatrico en odontologia :
<http://www.encolombia.com/ortopedivol197-guiademanejo9-2.htm>
- 23) www.cdi.gob.mx/index2.php
- 24) Glosario pangea: www.pangea.org/peremarques/glosario.htm
- 25) Wikipedia: es.wikipedia.org/wiki/Actitud
- 26) Glosario de Terminos Psicológicos parte I:
<http://blogs.myspace.com/index.cfm?fuseaction=blog.view&friendId=61361255&blogId=399693971>
- 27) La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones:
<http://users6.nofeehost.com/angelgris/lema/pdf/relacion.pdf>
- 28) Adaptación del niño a la consulta odontológica:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp
- 29) Wikipedia: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ni%C3%B1o>
- 30) Asociación Española de Pediatría:
http://www.aeped.es/mipediatra/2009_37_febrero_tema.htm



AneXoS



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
Facultad de odontología**

Estimado docente somos estudiantes del V curso de la carrera de Odontología que nos encontramos realizando nuestro trabajo monográfico sobre las “Características de los elementos del Triángulo Odontopediátrico en las clínicas de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, noviembre del año 2009”, por lo que le solicitamos su valiosa cooperación llenando la siguiente encuesta, relacionada con la actitud del estudiante que se encuentra bajo su tutoría en este turno.

Lea los siguientes enunciados y de acuerdo a su criterio coloque en el recuadro la letra que corresponda a la característica que más representa al estudiante.

I.En cuanto al nombre del niño, el estudiante:

- a) Llama al niño por su nombre.
 b) Le da importancia al nombre.
 c) No le da importancia al nombre.
 d) Olvida el nombre del niño.

II.Si el niño no asiste a la cita, el estudiante:

- a) Sabe los motivos por los que no asistió.
 b) Muestra interés en conocer el motivo por el que no asistió.
 c) Llama insistentemente para saber las razones, incluso puede llegar a su hogar.
 d) Se nota alegre o aliviado de que el paciente no llegue.

III.En cuanto a los métodos de control de comportamiento, el estudiante::

- a) Los usa de manera adecuada
 b) Se muestra inseguro sobre que método debe utilizar cuando el niño se comporta con inquietud.
 c) Usa los métodos de control de comportamientos de una manera exagerada o arbitraria.
 d) No hace uso de los métodos de control de comportamiento.

IV.En cuanto a las recomendaciones sobre el tratamiento del niño, el estudiante:

- a) Da recomendaciones al responsable, respondiendo a las posibles inquietudes sobre el tratamiento.



- b) Da recomendaciones al responsable aceptando la mayoría de sus sugerencias.
- c) Da recomendaciones al responsable no dejando que el responsable opine sobre ellas.
- d) Da recomendaciones al responsable del niño con temor.

V. Si necesita la ayuda del responsable para controlar el comportamiento del niño, estudiante::

- a) Busca acertadamente ayuda del responsable del niño.
- b) Deja que el responsable del niño sea quien dirija lo relacionado al tratamiento.
- c) No pide ayuda del responsable del niño aunque la necesite.
- d) Se pone muy nervioso, que no toma en cuenta al responsable.

VI. Cuando está realizando el tratamiento al niño, el estudiante:

- a) Se muestra cómodo y muy seguro en lo que está realizando.
- b) Se muestra inquieto, inseguro, pidiendo ayuda de sus compañeros y de usted.
- c) Se muestra demasiado confiado, procurando no ser supervisado durante el tratamiento.
- d) Se muestra preocupado por cometer errores y causar molestia en el paciente.



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
Facultad de odontología**

Estimado estudiante del V curso de la carrera de odontología, solicitamos su colaboración en nuestro trabajo monográfico titulado: “Características de los elementos del Triángulo Odontopediátrico en las clínicas de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, noviembre del año 2009”, por lo que le solicitamos su valiosa cooperación llenando la siguiente encuesta.

- 1) En referencia al niño que atiende en este turno responda:

Edad _____

Sexo _____

- 2) De acuerdo al comportamiento que presenta su paciente, seleccione la ficha que más representa o caracteriza al niño. Luego marque con una X el cuadro que corresponda al número de la ficha seleccionada.

Ficha N° 1:

Ficha N° 2:

Ficha N° 3:

Ficha N° 4:

- 3) De acuerdo al comportamiento del responsable del niño, seleccione la ficha que mejor lo identifique. Luego marque con una X el cuadro que corresponda a la letra de la ficha seleccionada.

Ficha N° A:

Ficha N° B:

Ficha N° C: Ficha N° D: **Tabla 1**

Edades y sexo de los niños atendidos en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de

		n	%
SEXO	Masculino	30	50,0%
	Femenino	30	50,0%
EDAD	4	5	8,3
	5	9	15,0
	6	11	18,3
	7	11	18,3
	8	9	15,0
	9	3	5,0
	10	5	8,3
	11	3	5,0
	12	3	5,0
	13	1	1,7

Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.

**Tabla 2.**

Actitud del niño atendido en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.

	n	%
COMPORTAMIENTO DEL NIÑO		
Cooperador	49	81,7%
Incapaces de cooperar	1	1,7%
Agresivos, potencialmente cooperadores	2	3,3%
Tímidos, potencialmente cooperadores	8	13,3%

Tabla 3.

Actitud del niño atendido en la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009 según el sexo.

Comportamiento del niño	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	n	%	n	%
Cooperador	25	83,3%	24	80,0%
Incapaces de cooperar	0	,0%	1	3,3%
Agresivos, potencialmente cooperadores	1	3,3%	1	3,3%
Tímidos, potencialmente cooperadores	4	13,3%	4	13,3%

**Tabla 4.**

Actitud del padre o responsable del niño atendido en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.

ACTITUD DEL RESPONSABLE	n	%
Colaborador	55	91,7%
Lastimoso	1	1,7%
Sobreprotector	0	,0%
Indiferente	4	6,7%

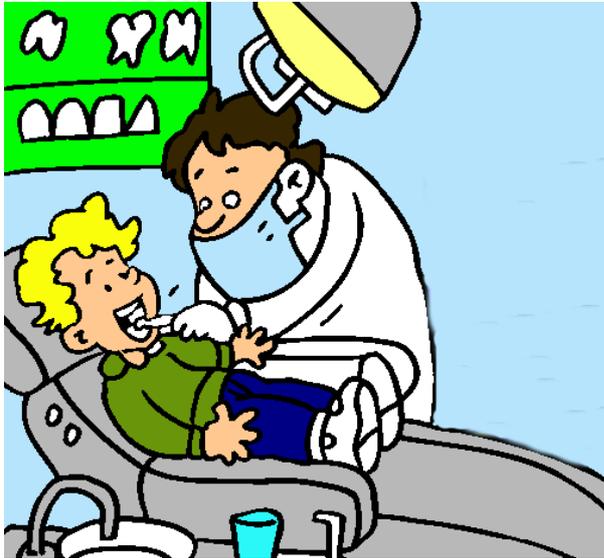
Tabla 5.

Actitud del los estudiantes en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, noviembre 2009.

ACTITUD DEL ESTUDIANTE	n	%
Integral	48	80%
Independiente	11	18%
Dependiente	1	2%
Evitativo	0	0%

“Características de los niños en la clínica odontológica”

Ficha N° 1



- ✓ Se muestra deseoso de iniciar el tratamiento.
- ✓ Sigue las indicaciones con sólo decírselas.
- ✓ Permanece tranquilo, demostrando solo una inquietud leve ante la anestesia.
- ✓ Permite la realización de la terapia a su tiempo.
- ✓ Se reclina totalmente en el sillón dental colocando sus brazos en los brazos del sillón.
- ✓ Sus ojos no se notan inquietos.

“Características de los niños en la clínica odontológica”

Ficha N° 2



- ✓ Es un niño de tres años o menor.
- ✓ Es un niño con limitaciones físicas (Cierta nivel de sordera, ceguera o alguna otra afectación).
- ✓ Es un niño con problemas mentales que le impiden acatar órdenes (Retardo mental, deficiencia de aprendizaje, autista).

“Características de los niños en la clínica odontológica”

Ficha N° 3



- ❖ Llega con rabieta.
- ❖ No se recuesta completamente en el sillón.
- ❖ El niño parpadea mucho o frunce el ceño.
- ❖ No sigue las indicaciones
- ❖ Al tratar de realizar el tratamiento da patadas y/o con sus manos te detiene.
- ❖ Te dice “andate” o “no quiero”
- ❖ Necesitas de inmovilización física ya sea con aditamentos o personal humano para realizarle el tratamiento

“Características de los niños en la clínica odontológica”

Ficha N° 4



- ❖ Llega llorando.
- ❖ Se muestra tímido.
- ❖ El niño no ve directamente a la cara
- ❖ No se recuesta completamente en el sillón.
- ❖ Sus brazos y manos están constantemente en movimientos
- ❖ Ha tenido malas experiencias previas.
- ❖ Cede al tratamiento luego de un tiempo.
- ❖ Necesitas de medidas de control de comportamiento como control de voz, decir-mostrar-hacer, distracción para poder realizar el tratamiento.

“Características de los padres o responsables en la clínica odontológica”

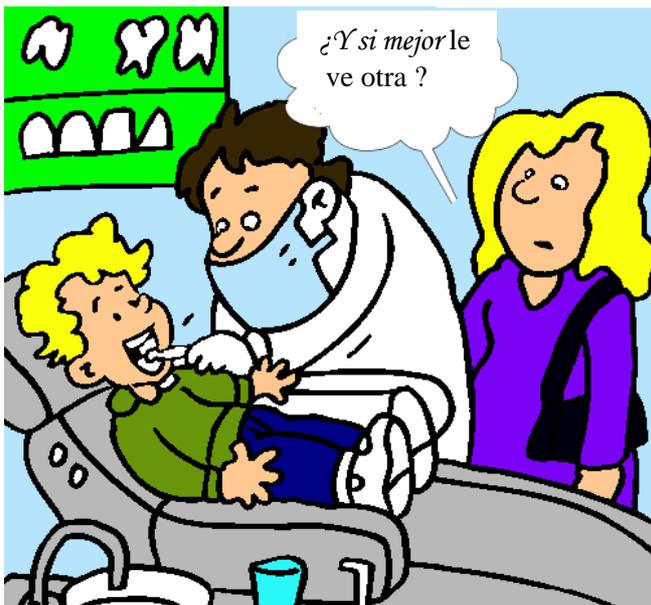
Ficha “A”



- ✓ Asiste con el niño puntualmente a las clínicas.
- ✓ Coopera si necesita su ayuda durante el tratamiento.
- ✓ Obedece en las medidas higiénicas propuestas por el clínico para que el niño las cumpla en su hogar.
- ✓ Se interesa en darle seguimiento al tratamiento que se le realiza al niño.

“Características de los padres o responsables en la clínica odontológica”

Ficha “B”



- ✓ Apela a argumentos de tipo sentimental para garantizar la adhesión al niño.
- ✓ Entra constantemente a la clínica durante el tratamiento.
- ✓ Siempre quiere estar al lado al lado del niño.
- ✓ Reacciona con sobreprotección extrema cuando se le realiza un tratamiento al niño.
- ✓ Quiere dirigir el orden del tratamiento y le gusta juzgar el éxito o fracaso de lo realizado en la cita.

“Características de los padres o responsables en la clínica odontológica”

Ficha “C”



- ✓ Se separa compasivamente del niño.
- ✓ Interrumpe el tratamiento al mínimo llanto.
- ✓ Cuando se le realiza el tratamiento al niño reacciona con expresiones de lástima (“Pobrecito, le duele , no le haga muy duro”)
- ✓ Se resiste a retirarse de la clínica y esperar en al sala de espera.
- ✓ Hace lo que el niño le dice.

“Características de los padres o responsables en la clínica odontológica”

Ficha “D”



- ✓ Asiste impuntualmente a los turnos o no asisten.
- ✓ No demuestra interés en el tratamiento que se le realiza al niño (No interactúa con el clínico)
- ✓ No sigue las indicaciones dadas.