



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

TEMA:

**“MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y SU RELACIÓN CON EL
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA REMOVIBLE.”**

AUTORA.

GEMA IVONNE CASTRO SUÁREZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. YOHANA MACÍAS YENCHONG. Mg. Gs.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR.

2013

CERTIFICACIÓN

Dra. YOHANA MACÍAS YENCHONG certifico que la tesis de investigación titulada **“MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICOY SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA REMOVIBLE”**, es trabajo original de **GEMA IVONNE CASTRO SUÁREZ**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DRA. YOHANA MACÍAS YENCHONG. Mg. Gs.

DIRECTORA DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y SU RELACIÓN CON EL
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA REMOVIBLE.”**

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito
previo a la obtención del título de odontólogo.

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp.

COORDINADORA DE CARRERA

Dra. Yohana Macías Yen Chong Mg.Gs.

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Celia Ponce Mg.

MIEMBRO DE TRIBUNAL

Dr. Wilson Espinosa Mg.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo, titulado **“MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO Y SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA REMOVIBLE”**; pertenece exclusivamente a la autora:

GEMA IVONNE CASTRO SUAREZ

AGRADECIMIENTO

La vida nos ofrece muchas experiencias buenas y maravillosas, nos permite soñar y en base a esfuerzos convertirlos en realidad; nos forjamos metas que sin el concurso de apreciadas personas que mi Dios con su infinita bondad ha puesto en mi camino, hubiese sido difícil de alcanzar. Estas extraordinarias personas que se convierten en parte de mi entorno, tienen mucho que ver en este logro, lo que me obliga a ser recíproca con ellas y expresarles mi imperecedero agradecimiento.

Mi eterna gratitud hacia mi Dios todo poderoso, que me dio la oportunidad de vivir e ir hilvanando paso a paso todos y cada uno de mis sueños, para al final alcanzar las metas propuestas y tener la satisfacción del deber cumplido.

A mi entorno familiar, en especial a mis padres Cesar Castro y Rosario Suarez, quienes en base a esfuerzo sobrehumano me brindaron todo su apoyo para poder alcanzar mis metas; a mis hermanos, cuyo ejemplo fue determinante para mi superación; a mis sobrinas que siempre han estado conmigo, mi sincero agradecimiento.

A mis amigos, Gissella Pico Basurto, convertida en una hermana más que una amiga, siempre dijo presente cuando requerí de su ayuda; Marcos Navarrete Fernández y Javier Vélez Navia, que siempre tuvieron la mejor predisposición para acudir en mi ayuda cuando esta fue requerida; una y mil veces gracias.

A mis queridos profesores en especial a los Dres. Ángela Murillo, Alexandra Valarezo, Ximena Guillén, Wilson Espinosa, César Burgos, extraordinarios

profesionales que con sus sabias enseñanzas, nos fueron modelando a su manera hasta convertirnos en profesionales competentes.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, porque sus aulas se convirtieron en mi segundo hogar, donde excepcionales maestros me supieron impartir sus conocimientos, los mismos que me servirán para asegurar mi futuro como profesional.

DEDICATORIA

Al finalizar esta etapa especial en mi vida, quiero dedicar la culminación de mis estudios; en primer lugar a Dios; luego a mi entorno familiar.

A Dios, el ser supremo, por haberme dado la oportunidad de vivir y dotarme de la inteligencia suficiente para poder vencer todos los obstáculos que se han presentado en el transcurso de esta etapa de estudio superior; cómo no darle las gracias porque con su bondad me permitió gozar de buena salud, estado indispensable para darle continuidad a esta labor ; en los momentos más difíciles estuvo con su ayuda espiritual dándome la fortaleza suficiente para no desmayar en mi afán por alcanzar las metas propuestas. Por todo esto, Dios mío, mediante mis oraciones quiero darte las gracias, por haber puesto en mí la sabiduría suficiente, que me permite, llena de enorme satisfacción, decir ¡misión cumplida!

A mi madre Rosario Suárez Herrera de Castro; mujer valiosa, digno ejemplo de virtudes y espejo en el que continuamente me miro; bello ser que con amor supo guiarme, constituyéndose en el apoyo constante en todas mis actividades; es la mujer que con palabras cariñosas me hizo llegar los consejos indispensables que fueron pilar fundamental para mi crecimiento como un ser positivo para la sociedad; gracias por todo adorada madre mía.

A mi padre César Castro Camacho, pilar fundamental de nuestro hogar; hombre que me enseñó que la honestidad y la honradez, son valores que deben primar en un ser; su trabajo permanente, me ha permitido estudiar con la tranquilidad de que nada me

iba a faltar; gracias porque con tu esfuerzo demostraste que la mejor herencia que puede dejar una padre a sus hijos, es la educación.

A mis hermanos que me sirvieron de ejemplo para alcanzar mi meta propuesta; la Ing. Maribel Castro Suárez que como hermana mayor se convirtió en la orientadora que necesitaba; al Dr. William Castro Suárez, ejemplo de superación, un profesional digno de admiración, un triunfador en toda la extensión de la palabra, es el hermano que basado en su experiencia, se convirtió en el receptor de mis inquietudes, teniendo siempre la respuesta acertada a las mismas; al Ing. César Castro Suárez, excelente ser que siempre supo valorar mi esfuerzo, que fue un constante apoyo en el camino hacia la consecución de este logro; a mis bellas sobrinas Valeria, Daniela y Nohelia Intriago Castro, que se constituyen en el factor que me motiva a superarme cada día.

A mi segunda madre, la Lcda. Anita Espinel Arroyo, merecedora de un agradecimiento especial; ser extraordinario que estuvo a mi lado dándome consejos y brindándome un cariño que nunca olvidaré; hoy con inmensa satisfacción puedo gritar ¡lo logramos mami Ani!; de corazón este triunfo se lo dedico a usted que me ha hecho saber que en este mundo sí existen las personas buenas.

A José Alejandro Pico Basurto, persona excepcional que fue un constante apoyo en mis actividades; que se alegró cuando las cosas se daban de forma positiva y sufrió conmigo cuando estas no eran halagadoras; siempre dijo presente cuando requerí de su apoyo; ahora que culmino mis estudios sé que te sentirás como yo ¡feliz!, eres parte fundamental de este triunfo...

SUMARIO

La falta de colaboración de los pacientes pediátricos incide en los tratamientos dentales igualmente en el tratamiento de ortodoncia removible. La falta de colaboración de los pacientes pediátricos se puede dar por diferentes causas como la falta de técnicas de manejo, por miedo al tratamiento, poca motivación de los padres a los niños, lo que hace que el niño no colabore dentro ni fuera de la consulta.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se realiza el planteamiento del problema, la justificación, se formulan los objetivos generales, específicos y la mención de la hipótesis.

En el capítulo II se hace referencia al marco teórico; que consta del marco institucional, las técnicas de manejo del paciente pediátrico, los diferentes aparatos ortopédicos que se utilizan en el tratamiento.

En el capítulo III se explica la metodología de la investigación.

En el capítulo IV se realizan los resultados de la investigación, análisis, e interpretación de los resultados, las correspondientes conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo V se plantea la propuesta alternativa.

SUMARY

The lack of cooperation from pediatric patients affects dental treatments also in removable orthodontic treatment. The lack of cooperation from pediatric patients can be given for different reasons such as lack of management techniques for fear of treatment, poor motivation of parents to children, which makes the child did not cooperate in or out of the consultation.

This paper presents the following chapters:

Chapter I is done the problem statement, justification, objectives are formulated general, specific and mention of the hypothesis.

In Chapter II refers to the theoretical framework, which consists of the institutional framework, the techniques of management of pediatric patients, different braces that are used in treatment.

Chapter III describes the research methodology.

In chapter IV are performed research results, analysis, and interpretation of results, including conclusions and recommendations.

In Chapter V raises the alternative proposal.

ÍNDICE GENERAL

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iii
DECLARATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vii
SUMARIO.....	ix
SUMARY.....	x
ANTECEDENTES.....	xix

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	5
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	5
1.4. HIPÓTESIS.....	6

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Marco institucional.....	7

2.2. MANEJO DEL PACIENTE.....	8
2.2.1. Definición.....	8
2.2.2. Teorías del desenvolvimiento.....	8
2.2.3. Etapas del desarrollo.....	10
2.2.4. Estructura psíquica.....	12
2.2.5. Los instintos.....	16
2.2.6. Ciclos y etapas.....	16
2.2.7. Manejo del comportamiento.....	19
2.2.8. Técnicas de manejo.....	22
2.2.9. La situación odontológica.....	28
2.2.10. Factores que determinan la conducta del niño en la consulta.....	35
2.2.11. Comportamiento del niño.....	40
2.3. ORTODONCIA REMOVIBLE.....	45
2.3.1. Crecimiento Craneofacial posnatal.....	45
2.3.2. Crecimiento de las estructuras craneofaciales.....	45
2.3.3. Etiología de las maloclusiones.....	47
2.3.4. Aparatos ortodonticos removibles.....	50
2.3.5. Aparatos removibles activos y pasivos.....	59

2.3.6. Tipos de placas removibles.....	60
--	----

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA.....	65
3.1. Métodos.....	65
6.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	65
3.1.2. Niveles o tipo de investigación.....	65
3.2. Técnicas.....	66
3.3. Instrumentos.....	66
3.4. Recursos.....	67
3.4.1. Talento humano.....	67
3.4.2. Tecnológicos.....	67
3.4.3. Materiales.....	67
3.4.4. Económicos.....	68
3.5. Población y muestra.....	68
3.5.1. Población.....	68
3.5.2. Tamaño de la muestra.....	68
3.5.3. Tipo de muestreo.....	68
3.6. Presupuesto.....	68
3.7. Proceso de recolección de la información.....	68
3.8. Procesamiento de la información.....	69

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación.....	70
4.1. Análisis e interpretación de los resultados.....	70
4.2. Conclusiones.....	120
4.3. Recomendaciones.....	121
Bibliografía.....	122

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

CUADRO Y GRAFICO N°1

Edad del niño.....	70
Análisis e interpretación.....	71

CUADRO Y GRAFICO N° 2

Comportamiento del niño.....	72
Análisis e interpretación.....	73

CUADRO Y GRAFICO N°3

Técnicas de manejo.....	75
Análisis e interpretación.....	76

CUADRO Y GRAFICO N°4

Acabado de los bordes de la aparatología.....	78
Análisis e interpretación.....	79

CUADRO Y GRAFICO N°5

Acrílico de la aparatología.....	80
----------------------------------	----

Análisis e interpretación.....	81
--------------------------------	----

CUADRO Y GRAFICON°6

Ganchos de la aparatología.....	82
---------------------------------	----

Análisis e interpretación.....	83
--------------------------------	----

Análisis e interpretación de los formularios de encuestas a estudiantes

CUADRO Y GRAFICO N°1

¿El niño al momento de la consulta odontológica colabora?.....	84
--	----

Análisis e interpretación.....	85
--------------------------------	----

CUADRO Y GRAFICO N°2

¿Cuál de estas conductas cree Ud. que es la más compleja para el odontólogo?.....	86
---	----

Análisis e interpretación.....	87
--------------------------------	----

CUADRO Y GRAFICO N°3

¿Qué hace Ud. cuando el niño no colabora en la consulta?.....	88
---	----

Análisis e interpretación.....	89
--------------------------------	----

CUADRO Y GRAFICON°4

¿Qué técnica utiliza Ud. en el manejo del paciente?.....	90
--	----

Análisis e interpretación.....	91
--------------------------------	----

CUADRO Y GRAFICO N°5

¿Antes de la adaptación del aparato ortodóntico Ud. que verifica?.....	92
--	----

Análisis e interpretación.....	93
--------------------------------	----

CUADRO Y GRAFICO N°6

¿El niño con quien llega a la consulta?.....94

Análisis e interpretación.....95

Análisis e interpretación de los formularios de encuestas a padres de familia

CUADRO Y GRAFICO N°1

¿Cómo es el comportamiento del niño en casa?.....96

Análisis e interpretación.....97

CUADRO Y GRAFICO N°2

¿Qué lugar ocupa su niño en el orden de nacimiento con sus hermanos?.....98

Análisis e interpretación.....99

CUADRO Y GRAFICO N°3

¿Cómo es la conducta de su hijo cuando es atendido por el odontólogo?.....100

Análisis e interpretación.....101

CUADRO Y GRAFICO N°4

¿Qué indicaciones le da el odontólogo tratante con respecto al tratamiento?.....102

Análisis e interpretación.....103

CUADRO Y GRAFICO N°5

¿Sabe cuántas horas el niño debe utilizar la aparatología?.....105

Análisis e interpretación.....106

CUADRO Y GRAFICO N°6

¿Qué hace el odontólogo cuando el niño no quiere cooperar en la consulta?.....107

Análisis e interpretación.....108

CUADRO Y GRAFICON°7

¿Quién lleva a su hijo a los controles?.....109

Análisis e interpretación.....110

CUADRO Y GRAFICON°8

¿Qué problema presenta el niño después de la adaptación de la aparatología?...111

Análisis e interpretación.....112

CUADRO Y GRAFICON°9

¿Su niño asiste a la consulta?.....113

Análisis e interpretación.....114

CUADRO Y GRAFICON°10

¿Cree Ud. necesaria e indispensable la visita periódica al odontólogo para un mejor comportamiento del niño o niña?.....115

Análisis e interpretación.....116

CUADRO Y GRAFICON°11

¿Mediante qué medio el estudiante le da las indicaciones de la utilización de la aparatología?.....117

Tablas de cruce de información

Relación entre la edad y la colaboración del paciente118

Relación del diseño de la aparatología.....119

ANEXOS

ANTECEDENTES

La colaboración del paciente pediátrico ha sido objeto de varios estudios. Dichas investigaciones dan como resultado que los pacientes pediátricos colaboran poco debido a las malas técnicas empleadas en el manejo del paciente por lo tanto esto no permite obtener los resultados deseados.

En Costa Rica los autores Rodríguez Vásquez, Carlos Silvio investigaron en septiembre del 2009 “Las técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil”. Esta investigación se realizó en niños de 6 a 10 años con el objetivo de organizar el tratamiento odontológico que se inicie con procedimientos más simples. Los estudios han mostrado un 20% de historias odontológicas positivas o neutrales que pueden servir como defensa contra el desarrollo de experiencias o asociaciones traumáticas y subsecuentes.

En Colombia los autores Cadavid T, Cárdenas V investigaron en el año 2000 “La eficacia de la técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 6 a 10 años de edad” la cual consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias, puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado el cual dio como resultado un 45% de colaboración del niño.

En Venezuela la autora Nieves Thaide, realizó la investigación sobre “La efectividad de la ortodoncia removible y la colaboración del paciente pediátrico” Los aparatos

removibles pueden tener alguna ventaja sobre en algunos pacientes a quienes les faltan varios dientes, ya que permiten que las fuerzas reactivas derivadas del movimiento dental se dispersen por los tejidos de soporte adyacentes, como la bóveda palatina y la mucosa alveolar, así como por los dientes de anclaje. Si faltan muchos dientes, este sistema puede ser la única forma de conseguir suficiente anclaje. Para esto se necesita la colaboración del paciente pediátrico el porcentaje de éxito del tratamiento fue de un 23% por la poca colaboración del niño

En Ecuador las autoras Miranda Angélica y Cedeño María investigaron el año 2009 “estrategia de atención odontológica y su influencia en el comportamiento de los niños atendidos en el programa de Salud Bucal Escolar en la unidad operativa urbana del área de salud # 1 periodo octubre 2009- febrero 2010” lo cual dio como resultado que para que el paciente pediátrico tenga una conducta colaboradora depende de un 97% de atención del Odontólogo un 89% de nivel de confianza hacia el niño un 33% la edad el niño.

En Ecuador el autor Zambrano José investigo “Estado de salud oral de los niños de la escuela Franklin D. Roosevelt y su relación con el acceso a la atención odontológica primaria” la cual dio como resultado un porcentaje del 82% que los niños colaboran con el odontólogo cuando son citas cortas.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ortodoncia removible satisface un propósito el cual se orienta hacia la estética, funcionalidad y armonía dentaria lo cual no suele suceder cuando al paciente pediátrico se le realiza un tratamiento de ortodoncia removible por la falta de colaboración de este.

A nivel mundial la ortodoncia removible en sus inicios se orientó a que el fracaso de un tratamiento de ortopedia removible era por la ineficiencia del Ortodoncista o por el mal diseño de la aparatología, pero no solo esos puntos indican el fracaso del tratamiento si no también la colaboración del paciente. El índice presentado en el fracaso del tratamiento de ortodoncia removible a nivel mundial varía de un 20-90%.

En Latinoamérica, en Argentina todas las recomendaciones y procedimientos para la realización de tratamientos de ortodoncia removible tienen una base importante de la colaboración del paciente pediátrico el cual en parte fundamental para que el tratamiento tenga los resultados óptimos. La falta de colaboración del paciente indica un 20-50% de fracaso.

En el Ecuador los tratamientos de ortodoncia removible realizados han fracasado por falta de colaboración del paciente en un porcentaje de 24%.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo incide el manejo de los pacientes pediátricos en los tratamientos de ortodoncia removible en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La importancia del trabajo radica en conocer, si es adecuado o si se utiliza los métodos indicados para obtener los resultados satisfactorios en el tratamiento de ortodoncia removible y que los pacientes tengan una mejor evolución en las etapas posteriores del tratamiento y poder mantener la confianza de ellos hacia el especialista.

Lo innovador de esta investigación es presentar las características básicas del manejo adecuado del paciente pediátrico y su relación con el tratamiento de ortodoncia removible, para lograr tener el éxito que se espera al final del tratamiento, para mejorar la autoestima de los niños y su desarrollo armónico.

El impacto del trabajo de investigación, está dado por la atención de niños de escasos recursos que no pueden acceder a tratamientos más costosos, y se los atiende en las clínicas con el fin de prevenir mayores alteraciones y en nuestro país existen escasos estudios sobre el manejo de pacientes pediátricos con ortodoncia removible.

El aporte científico que brinda esta investigación es lograr un adecuado manejo de los niños en el tratamiento, mejorar las bases científicas que permitan optimizar recursos y lo más importante crear una relación afectiva con los niños para lograr los objetivos planteados.

La investigación es factible en su desarrollo debido a que cuenta con el apoyo de las autoridades de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, y de manera especial por la colaboración de los padres de los niños,

además está sustentado por material bibliográfico extenso así como los recursos técnicos correspondientes para obtener los mejores resultados en cuanto al manejo del paciente pediátrico y su relación con el tratamiento de ortodoncia removible.

1.4. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.

La siguiente investigación se proyectó a cumplir los siguientes objetivos.

1.4.1. Objetivo General.

Exponer las técnicas de manejo del paciente pediátrico en el tratamiento de ortodoncia removible en los pacientes atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Relacionar la edad del paciente con la colaboración del tratamiento.
2. Relacionar el diseño del aparato ortopédico con la adaptación correcta en el paciente
3. Investigar las técnicas que utilizan los estudiantes en el manejo de los pacientes pediátricos
4. Indagar el grado de conocimiento que tienen los padres acerca de los tratamientos ortodónticos removibles.
5. Diseñar una propuesta alternativa de solución

1.5. Hipótesis.

El manejo inadecuado del paciente pediátrico incide significativamente en el tratamiento de ortodoncia removible en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Marco institucional.

Mediante Ley N° 229 del 21 de Diciembre del 2000, se crea la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la cual, al igual de educar a nivel universitario, es decir educar al más alto nivel alcanzado por la cultura universal, el Consejo Universitario, consideró como necesidad imperiosa crear entre otras Facultades la de Odontología. Esta determinación se basa en hechos importantes relacionados con las aspiraciones de nuestros bachilleres de la ciudad, provincia y en algunos casos del país, anhelan en el futuro ser profesionales de la Odontología.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo y su carrera de Odontología nace el martes 10 de abril del 2001 y su funcionamiento fue a partir de 14 de mayo del 2001 iniciando sus labores académicas en el domicilio de los herederos de la Familia Flor Hidalgo, en la calle 10 de agosto entre Chile y Ricaurte de Portoviejo.

Los tratamientos odontológicos se han dado desde la inauguración de la primera clínica de esta institución en septiembre del 2002, funcionando en ese entonces en la escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile, en la actualidad la carrera de Odontología consta de su propia instalación con nuevas clínicas habilitadas para realizar diferentes tipos de tratamientos odontológicos en el nuevo campus Universitario creado el 15 de septiembre del 2006, ubicado en la avenida Metropolitana.

2.2. MANEJO DEL PACIENTE

2.2.1. Definición

Con referencia a lo leído del libro de Darío Cárdenas¹, en mi opinión ; Es importante llegar a entender los procesos del individuo en las diferentes etapas de su vida, tomando en cuenta que los mayores cambios en su organismo se dan en los primeros años, en el aspecto físico, cognoscitivo y psicosocial; por lo tanto resulta imprescindible encontrar el tratamiento adecuado para el manejo del paciente en la etapa en la que se encuentre el niño, debido a que su crecimiento y desarrollo está sujeto a factores del individuo, al estado ambiental en el que se encuentra su entorno familiar, siendo necesario el conocimiento de su estado socio cultural para tener un cuadro perfecto del problema, sin escatimar tiempo para esto.

Las diferentes técnicas de guía de la conducta han sido tratadas por los odontopediatras, con la finalidad de llevar de forma segura el tratamiento odontológico de los pacientes niños, para poder obtener mejores resultados al momento de la colaboración en la consulta y poder realizar el tratamiento si ninguna complicación.

2.2.2. Teorías del desenvolvimiento

Con referencia a lo leído del libro de Antonio Guedes², se ha llegado a la conclusión de, que cuando el niño se desenvuelve va hacer de manera continua, integral, y multidimensional, por lo que esto se realiza en varias etapas: físico-motora, cognitiva,

¹Cárdenas Darío. (2003). *Fundamentos de odontología: Odontología pediátrica*. Colombia: Cib. p.22.

²Guedes Antonio, Bönecker Marcelo, Delgado Celia. (2011). *Odontopediatría*. Brasil: Santos. p.31.

emocional y social, lo cual va a variar en cada niño ya que cada uno tiene su forma de desenvolverse, conforme a las características biológicas, hereditarias y del ambiente en que interactúan.

Teoría Psicoanalítica

Antonio Guedes dice, que la teoría de Sigmund Freud manifiesta:

El comportamiento es gobernado por procesos inconscientes y conscientes y que la personalidad tiene una estructura que desarrolla a lo largo del tiempo. Freud propuso la existencia de tres partes: el id, centro de la libido; el ego, más consciente, el ejecutivo de la personalidad: el superego, dentro de la consciencia y de la moralidad, ya que incorpora las normas y las limitaciones morales de la familia y la sociedad. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p.31)

Teorías Cognitivo-Evolutivas.

En conclusión a lo leído del libro de Antonio Guedes: El desenvolvimiento es una secuencia de cuatro periodos, que garantizan un orden que no varía sucesiones. Los factores que caracterizan cada estado no siempre es hereditario; el ambiente y la experiencia aportan para la urgencia de esos estados. Todos los niños circulan en los estados de manera fija, por la edad los estados pueden variar. El ambiente no hace al niño pero busca entender el ambiente explorando manipulando objetos y personas del mundo. Conocer esos periodos ayuda al profesional a descifrar como tiene que ser el manejo del paciente en la consulta odontológica y como debe ser tratado según la edad, el ambiente de donde viene, ver como es la conducta en su entorno familiar y así descifrar cual técnica de manejo del paciente es la apropiada. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p.33)

Teorías del aprendizaje

Asimilando lo leído del libro de Antonio Guedes: Estas teorías tratan más sobre el ambiente en donde el niño se desenvuelve y entiende las experiencias. El comportamiento humano es enormemente manejable. Dentro de este transcurso vamos a tratar primordialmente el condicionamiento clásico que trata que el aprendizaje sea la provecho de nuevas señales para respuestas que ya existen; y vamos a tratar también sobre el operante que asocia una nueva respuesta a un estímulo antiguo. Lo cual tenemos que tener en cuenta son las etapas del desarrollo, y así poder tratar a cada niño de acuerdo a su edad, para poder llegar a tener una buena confianza, con el paciente. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p. 35)

2.2.3. Etapas del desarrollo

Primer infancia desde cero a tres años de edad

En referencia a lo leído del libro de Antonio Guedes, se describe la primera infancia que va de 0 a 3 años.

- Del primer hasta el tercer año de vida: el niño tiene la capacidad de escuchar, emitir sonidos gritos y balbuceos con lo que consigue llamar la atención, tiene la ventaja de poseer sensibilidad táctil, olfativa y gustativa. No va a distinguir por sí mismo a su mamá, lo cual le produce sensaciones de soledad cuando se encuentra lejos de ella.
- Del segundo al noveno mes de vida: aquí avanzan las reacciones de afecto dejando con claridad emociones y sentimientos. El niño reacciona cuando tiene sentimientos de frustración y es incomprendido por las personas adultas,

también reacciona cuando escucha voces altas a personas no conocidas y cuando lo nombran.

- Del noveno al décimo octavo mes: aquí se comportan de forma que perseveran de manera continua en contra de la voluntad de las personas que lo educan, para hacer la voluntad de él. Con diez meses logra pronunciar algunas vocales y sonríe cuando se ve al espejo. Es posible provocar el habla y el lenguaje del niño, por lo que va a reaccionar a cualquier sonido. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, pp.35-36)

Segunda infancia: De los tres años de edad a la pre-adolescencia.

En conclusión a lo leído del Antonio Guedes en mi opinión la segunda infancia, es cuando los niños rápidamente entienden las principales materias en la escuela, y tiene aptitudes numerosas que logran alcanzar y las vuelven un hábito, en esta etapa el niño tiene egocentrismo y reacciona por impulso. Aquí inicia lo que es el súper ego, que está ligado al desarrollo de la conciencia. Sus temores se basan en lo que es la pérdida de cariño. La segunda infancia está compuesta por tres partes: (de seis a siete años) la etapa inicial, el intermedio (de siete a diez años) y el posterior (de diez años). (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011,p.37)

Tercera infancia: entre diez y doce años de edad.

Referente a lo leído del libro de Antonio Guedes en mi opinión, esto sucede un acontecimiento importante en el desarrollo del lado cognitivo, cuando el niño comienza a interactuar emocionalmente. Aquí el niño trata de ser independiente por lo tanto no se debe tratar como un niño infantil y se le va a explicar los

procedimientos que va a tener el tratamiento a realizar, dejando en claro que si no colabora no va a tener éxito el trabajo que se le está realizando, es importante saber cómo manejar a niños de esta edad para que no se sientan tratados como niños de corta edad y no confundirlos a ellos, ya que tratándolos de acuerdo a su cronología de edad ellos se sentirán importantes y se darán cuenta que son capaces de asumir responsabilidades.(Guedes, Bönecker, Delgado,2011, p.37)

2.2.4. Estructura psíquica

En referencia a lo leído del libro de Noemí Bordoni³, según mi opinión, se dice, que en la estructura psíquica habla sobre los diferentes actos del consciente, pre-consciente y el inconsciente. El cual vamos hablar sobre el ello, el yo y el súper yo. El ELLO es cuando el YO rechaza todo por no ser aceptado. El YO es cuando entra en contacto con el mundo exterior lo cual todo niño se va a regir por el YO; mientras que el SUPER YO contiene reglas aplicadas por los padres que por lo general son niños hijos únicos y tienen una forma distinta de ser tratados que los demás por la mayor atención que ellos requieren.

Mecanismo de defensa del YO

Angustia y ansiedad

Referente a lo leído del libro de Nohemí Bordoni en mi opinión: Es una señal alarmante que el niño utiliza para poder expresar sensaciones de dolor lo cual advierte situaciones amenazantes. Lo cual se asocia cuando el niño tiene nervios de

³Bordoni Noemí, Escobar Rojas, Castillo Mercado. (2010). *Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Medica Panamericana. p. 61.

lo que se va a realizar en el consultorio odontológico y esto le provoca lo que es una ansiedad por realizarse el tratamiento y salir de manera inmediata del consultorio, lo cual no permite al operador trabajar con comodidad. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010,p. 62)

Negación

Asimilando lo leído del libro de Noemí Bordoni hago referencia que: El niño utiliza para negar ciertas cosas molestas que se encuentran en el mundo exterior y el cual tiene como impacto la perdida de afecto por no tener las figuras principales en su vida ya sea el padre o la madre cuando el niño mira a su alrededor y no se encuentran ellos en el consultorio, lo cual no permite al profesional cumplir con su función. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010,p. 62)

Introyección

Una vez leído el libro de Nohemí Bordoni se llega a la conclusión, que cuando la relación madre e hijo es fundamental, es decir el niño no va a colaborar en la visita odontológica sin presencia de la madre, lo cual puede perjudicar en su vida adulta dado que el niño no va a poder desenvolverse en el mundo exterior con facilidad, por lo que es importante que esta relación tenga una separación temprana en el sentido de dar soltura al niño para que esta no sea tan dependiente de la madre. Es importante que el niño en este caso asista a la consulta odontológica solo, para mejorar la confianza con el operador y así poder dar paso al tratamiento sin ningún inconveniente. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Identificación

Según Noemí Bordoni: Es cuando el niño “diferencia entre el YO y el NO YO”; es decir el niño asimila virtudes de las personas a quien el ama y mediante esto el niño ayuda a superar el miedo que siente a lo desconocido lo cual permite que en la visita odontológica tenga una colaboración muy favorable para que el profesional realice el tratamiento sin ningún contratiempo y este se realice con éxito. Lo mejor de este mecanismo de defensa que usan los niños es que ellos distinguen entre lo que son y lo que no son. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Proyección

En referencia a lo leído del libro de Noemí Bordoni: Es cuando el niño reacciona mediante agresividad e intolerancia y niega hacerse cargo de sus responsabilidades. La proyección y la negación van hacer el mismo mecanismo que son utilizados en la niñez, es decir el niño realiza algo malo y culpa a otra persona de sus actos. Es importante saber tratar cuando el niño reacciona mediante este mecanismo de defensa ya que suelen ser intolerables con un comportamiento inadecuado, lo que va a generar un descontrol de la conducta del niño y para esto hay que saber modificar su comportamiento con las técnicas de manejo correcto. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Represión

Tomando como referencia a lo leído del libro de Noemí Bordoni: Es el mecanismo que adquiere mucha energía sin obtener resultados satisfactorios. Cuando el niño no logra atrasar la satisfacción de un impulso, lo descarta de lo consciente, pero estos

impulsos están reprimidos y a la vez ejercen presión lo que hace que el niño permita que estos impulsos nuevamente intenten pasar a la consciencia. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Desplazamiento

Una vez leído el libro de Nohemí Bordoni doy mi opinión de que cuando el niño siente ira hacia una persona querida o temida ya sea familiar o no este se desplaza hacia otros o hacia animales, haciendo que estos reciban agresiones por parte del niño y él no pueda recibir alguna sanción por ello. Los sentimientos de medio hacia los padres pueden ser desplazados, hacia los perros, por lo cual es el origen de las fobias. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Regresión

Referente a lo leído del libro de Nohemí Bordoni en mi opinión, es el regreso a periodos del desarrollo anterior. El Yo busca restituir una situación pasada que lo haga sentir de manera agradable. Este mecanismo se encuentra en casi todos los cuadros psicossomáticos. Un ejemplo de este mecanismo es cuando hay el nacimiento de un nuevo integrante de la familia y el hermano mayor siente celos por lo que el niño regresa a el biberón para llamar la atención de los padres. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Racionalización

Haciendo referencia sobre lo leído del libro de Nohemí Bordoni, este mecanismo es usado muy frecuente en la vida cotidiana. Se lo utiliza cuando el niño tiene impulsos

no objetables. Se le explica cosas razonables sobre las conductas que este debe tener en la sociedad y como debe ser su comportamiento, por lo que su inconsciente trata de realizar. Este método es muy utilizado y muy eficaz. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 62)

Sublimación.

Una vez analizado lo leído del libro de Noemí Bordoni, se llega a la conclusión de que este mecanismo asegura la armonía familiar en la sociedad. Se utilizan los impulsos sexuales rechazados, que derivan a tener metas claras y hacer las cosas lo mejor posible, para obtener las cosas que ellos desean. Un ejemplo de este mecanismo es cuando las personas trabajan exhaustivamente para llegar a su objetivo. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010,p. 62).

2.2.5. Los instintos

Haciendo referencia de lo leído del libro de Noemí Bordoni: Es la fuerza interna que impulsa a la conducta, lo cual tiene que ver con la capacidad de captar, almacenar, crecer y procrear. Tiene como finalidad hacer a la persona más segura y más independiente y que esta asuma sus decisiones ya sean o no correctas. Al momento que la persona sigue su instinto desarrolla un equilibrio sin tensiones y satisface a su consciente. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010,pp. 62-63)

2.2.6. Ciclos y etapas

Una vez leído el contenido del libro de Noemí Bordoni: La evolución de la mente es continua, la conducta va madurando con el paso del tiempo. Dentro de este

desarrollo encontramos periodos regulares con características específicas en los niños que adquieren mayor madurez. A este periodo se los denomina etapas, que van de 0 horas del nacimiento y presentan una duración prolongada a medida que pasa el tiempo.

- **1^{er} ciclo:** corresponden las siguientes edades: 4 semanas, 16 semanas, 28 semanas, y 40 semanas.
- **2^{do} ciclo:** se alargan las etapas y aparecen trimestralmente 15, 18 y 21 meses.
- **3^{er} ciclo:** comprende preescolar y aparece semestral. 2 ½, 3, 3 ½, 4, 4 ½, 5, 5 ½, que dura hasta los 5 años.
- **4^o ciclo:** aparecen de manera anual hasta los 5 años y la educación se la suma la escolar.
- **5^o ciclo:** abarca de los 10 hasta los 16 años.(Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 68)

Estadio preoperatorio

En referencia con lo leído del libro de Noemí Bordoni, según mi opinión, dice que, este pasa entre los 2 y los 6 años de edad, aparece el lenguaje y las conductas se modifican tanto sentimentalmente como intelectualmente, es el inicio en que los niños comienzan a socializar, pero el lenguaje todavía no lo adquieren de manera completa por lo que su relación es limitada. Este periodo es cuando el niño es egocéntrico y no tiene claros los objetivos. En los niños de 4 y 5 años se le va a dar un modelo para que estos imiten; en los niños de 5 a 6 años va a corresponder un

modelo original; mientras que en los niños de 7 años vamos a tener que van a tener más lógica por lo que van a desarrollar más sentimientos y aparecen más valores e intereses, los niños de esta edad por lo general se relacionan con más facilidad. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 69)

Estadio operatorio concreto

Haciendo un resumen de lo leído del libro de Nohemí Bordoni, en mi opinión este estadio por lo general es el más factible para una consulta odontológica que se lleve a cabo con éxito y estos corresponden a las edades de 7 a 12 años, que coincide con la etapa escolar por lo que va a ver un grado mayor de colaboración y no confunde el punto de vista de él con el de otros y desaparece el egocentrismo, por eso debemos saber aplicar las técnicas de acuerdo a su edad. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 70).

Estadio operatorio formal

En referencia con lo leído del libro de Nohemí Bordoni, esto pasa en las edades desde los 12 hasta los 18 años y adquieren una mayor madurez, son capaces de reflexionar, tienen facilidad para elaborar teorías abstractas, ellos diferencian entre lo bueno y lo malo lo cual los diferencia de la etapa infantil, y tienen la capacidad de reaccionar con inteligencia y no por impulsos. Este estadio es el menos complejo para el odontólogo lo cual le permite realizar su trabajo con mayor facilidad ya que tiene la colaboración del paciente y él va a captar con rapidez las cosas que el operador le indica debido a su edad ya que en este estadio ellos poseen más madurez. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 70).

2.2.7. Manejo del comportamiento

Según Darío Cárdenas dice, que el manejo del comportamiento del niño está fundamentado en el conductismo como parte de una rama de la psicología que a su vez se encuentra basada en las emociones que traza que el comportamiento de una persona se puede modificar. “El manejo del comportamiento, por lo tanto, consiste en un proceso constante de evaluación del paciente y la adaptación a esos resultados, mediante la aplicación de diversas técnicas, de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación”. (Cárdenas, 2003, p. 28).

Calidad del tratamiento

Una vez leído el contenido del libro de Nohemí Bordoni: La calidad del tratamiento se puede incrementar con el mejoramiento de las condiciones de salud la satisfacción del paciente odontológico y que se reconozca establecimiento de salud con prestigio lo cual genera como resultado final la satisfacción del paciente y una mayor colaboración de este al recibir un buen trato por parte del profesional va a generar la confianza necesaria. Al dar una calidad de tratamiento y poder dar una buena imagen se tiene que tener en cuenta varios puntos como el tiempo de la consulta odontológica, los conocimientos por parte del odontólogo, el trato con cortesía para que los pacientes se sientan a gusto en el momento de la consulta y haya una satisfacción en ellos, lo que hace que el trabajo realizado se gratificante. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 93).

Seguridad

Haciendo referencia con lo leído del libro de Nohemí Bordoni, se trata de proteger la

integridad y seguridad del paciente. Lo importante es evitar intoxicaciones de la vía respiratoria mediante los materiales dentales a utilizarse en el tratamiento, y evitar también las laceraciones de los tejidos blandos causados por instrumentos rotatorios o punzantes que pongan en riesgo la integridad del paciente. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 93).

Comunicación

Se debe crear una buena comunicación con el paciente y con los padres, para poder obtener la confianza de ellos y a si llegar a cumplir con las expectativas que tienen ellos como pacientes y el odontólogo como profesional, la comunicación es la base principal para poder evitar el mal comportamiento del niño durante la visita en el consultorio.

Haciendo referencia de lo leído de libro de Julio Barrancos⁴, manifiesta que la calidad se construye a través de la comunicación que es la relación de la empresa, con el entorno, y es la dinámica relacionada con las personas organizaciones y las instituciones. La estrategia de la comunicación debe contemplar la claridad la coherencia y los efectos que se desea generar. La gran cantidad de estímulos que nos rodean diariamente determinan que cada uno de nosotros seleccione solo algunos para construir la realidad.

Una vez leído el libro de Juan Carlos Callacondo Valverde⁵, la comunicación es un proceso tan antiguo como el hombre que con el pasar del tiempo evoluciono en el

⁴Barrancos Money Julio, Barrancos Patricio. (2008). *Operatoria dental: Integración clínica*. Buenos Aires: Medica Panamericana. p. 46.

⁵Callacondo Valverde Juan Carlos. (2009). *Comunicación Integral*. Arequipa: Biblioteca Nacional de Perú. pp. 20-21.

manejo del mensaje. Consiste en participar en el conocimiento y la experiencia que se realice mediante el mecanismo el cual existe y se desarrolla la relación humana lo que genera un voto de confianza.

Confianza y Motivación

Es importante que tanto el paciente como los padres desarrollen una actitud positiva y que estos motiven al niño a colaborar en la consulta. Un buen manejo es una ayuda eficaz de prevención es por eso que para obtener éxito en nuestro tratamiento es importante establecer una confianza de paciente a profesional y así asegurar la colaboración del niño al momento de la consulta manteniendo una buena relación profesional-paciente.

Una vez leído lo del libro de Alberto Alcocer⁶, la motivación se debe dar de acuerdo a los grupos de edad específicos para no dar consejos de manera general si no que saber llegar de forma distinta y exponerlas de estilo diferentes, ya que no a todas las edades van a captar de la misma manera. La motivación no debe durar de 3-4 minutos.

Haciendo referencia de lo leído del libro de María Ortiz⁷, la motivación se refiere en sentido total a los métodos implicados en la instrucción dirección y energización del comportamiento de cada individuo, ya que estas incitan y estimulan y someten las desidias y permiten de manera ansiosa o renuente a colaborar en el tratamiento es por eso que la confianza que el profesional le dé al paciente es fundamental para todo tratamiento a realizar.

⁶Alcocer Alberto. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Madrid-España: Medica Panamericana. p. 145.

⁷Ortiz María. (2012). *Psicología: La ciencia e la mente y la conducta*. México: Manual Moderno. p. 142.

2.2.8. Técnicas de manejo

Técnicas farmacológicas

Referente a lo leído del libro de Ramón Castillo⁸, la mayoría de los pacientes pediátricos se puede tratar bajo un medio dental convencional, con guía de la conducta y bajo anestesia local. Sin embargo hay niños en los cuales el control del dolor se encuentra más allá del bloqueo físico químico de las vías anatómicas que lo conducen, ya que estos niños son incompetentes y no toleran las molestias de los procedimientos dentales a pesar de que se le haya realizado una buena técnica de anestesia. En ellos, se debe entonces adoptar otras medidas con el propósito de controlar la ansiedad y poder realizar el trabajo odontológico requerido.

Las técnicas farmacológicas que se utilizan en odontopediatría son las siguientes:

- Analgesia / Sedación consciente
- Óxido Nitroso y Oxígeno
- Anestesia General.
- Benzodiazepinas

Técnicas no Farmacológicas

Técnicas Comunicativas

Decir-Mostrar-Hacer

Antonio Guedes dice que la técnica de decir-mostrar-hacer:

⁸Castillo Ramón. (2011). *Estomatología Pediátrica*. España: Ripano. Capítulo 4.

Es un método utilizado para iniciar al niño en la atención odontológica. Consiste en explicar los procedimientos al paciente (decir), demostrar como los objetos funcionan y que reacciones provocan, en todos los aspectos, visual, auditivo y olfativo (mostrar) y finalmente realizarlos. El uso de un vocabulario apropiado a la edad, con eufemismos y asociaciones divertidas de fácil entendimientos por los niños, rimas y juegos de palabras, es una estrategia eficaz para ser asociada a la técnica del decir-mostrar-hacer. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p. 41)

Control De Voz

J. Boj⁹ manifiesta que: Es el cambio de volumen y voz para poder direccionar y tener influencia sobre el comportamiento del niño. Este tiene como objetivo despistar la atención del niño de su conducta impropia, convocándolo a interactuar con el profesional. Otro objetivo de esta técnica es rechazar el comportamiento inadecuado en la consulta odontológica, además permite demostrar la autoridad que tiene el profesional.

Comunicación no verbal

Resumiendo de lo leído del contenido del libro de María Nahás¹⁰, dice, que es la utilización de cambios en la expresión facial, contacto físico y postura para ayudar al comportamiento del niño. Tiene como objetivo entablar comunicación con el paciente mediante emociones, gestos y mímicas. Esta técnica se puede aplicar en todos los pacientes especialmente en niños de corta edad ya que con ellos no se puede dar una comunicación verbal, y debido a su corta edad no van a entender las instrucciones.

⁹Boj J. R, Catalá M., García- Ballesta M., Mendoza A., Planells P. (2011). *Odontología pediátrica: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Ripano. p.113.

¹⁰Nahás María Salete. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. Brasil: Santos. p. 33.

Refuerzo positivo

Con respecto a lo leído del libro de María Nahás: Esta técnica refuerza una conducta de aprobación de un comportamiento deseado. A esta se la puede complementar con las técnicas de decir mostrar hacer y refuerzo negativo. Tiene como objetivo obtener el comportamiento deseado del niño actuando sobre la respuesta motora, esta técnica se debe realizar continuamente durante el tratamiento odontológico con el niño. (Nahás, 2009, p. 32)

Refuerzo negativo

Haciendo un resumen de lo leído del contenido del libro de Antonio Guedes, dice, que se utiliza en combinación con el control de voz para expresar desaprobación. Esta modifica el comportamiento no deseado mediante la eliminación de una causa por mal comportamiento del niño en la consulta como por ejemplo el retiro de sus padres de la sala de trabajo estableciendo el regreso de ellos si la actitud del niño mejora, tiene como objetivo modificar el comportamiento del paciente pediátrico en consulta, esta técnica está indicada en pacientes que se pueda entablar comunicación una contraindicación sería que no se puede aplicar en niños muy pequeños. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p.44)

Tiempo y Fuera

Darío Cárdenas dice: Esta técnica “es una variación del refuerzo negativo para pacientes de mayor edad, consiste en retirar al paciente temporalmente del tratamiento dentro de la misma cita”; pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando el niño esté preparado para cooperar. Esta técnica se debe utilizar en

momentos específicos cuando haya un alto grado de desarrollo emocional y exista colaboración de los padres, el objetivo es mejorar el comportamiento mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente de modo de que dependa de su cooperación, está indicada en pacientes pre-adolescentes y adolescentes. (Cárdenas, 2003, p. 31)

Distracción Contingente

Con respecto a lo leído del libro de Darío Cárdenas: Se trata en desviar la atención del paciente durante el periodo de tratamiento, a la vez que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencia. Nos va a servir de gran ayuda medios audiovisuales y auditivos que tengan parecidos con la realidad virtual, este uso se condicionan a un comportamiento apropiado, es importante saberlo utilizar con las técnicas de “decir-mostrar-hacer” antes de iniciar con el tratamiento. Tiene como objetivo llamar la atención del paciente durante el procedimiento que se le realiza para disminuir su miedo o ansiedad. (Cárdenas, 2003, p. 31)

Escape Contingente

Según Darío Cárdenas dice, que se trata que el paciente tenga el control de la situación siempre y cuando su conducta sea adecuada para seguir con el tratamiento a realizar. Tiene como objetivo modificar el comportamiento mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente, está indicado en pacientes que tengan un desarrollo intelectual que les permite entender la técnica. Una contraindicación es la inmadurez emocional del paciente, por lo que no se recomienda que se utilice en niños de corta edad. (Cárdenas, 2003, p. 31)

Modelado

Según Darío Cárdenas dice, que esta técnica “consiste en permitirle a paciente que observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra empleando modelos que son sometidos a circunstancias similares”, a que el niño se va a realizar, tiene como objetivo disminuir el miedo del paciente y reforzar su colaboración, está indicado en pacientes que tengan desarrollo emocional y se pueda establecer comunicación. Como contraindicación tenemos niños de corta edad, que precisamente por esta resulta casi imposible el uso de esta técnica. (Cárdenas, 2003, pp. 31-32)

El toque

En el resumen de lo leído del libro de Antonio Guedes: Cuando un niño recibe un trato cutáneo no apropiado, sufre un defecto en el desarrollo integral de su organismo como ser humano, el tratamiento debe aplicarse de manera adecuada utilizando siempre las palabras que lleguen a darle confianza y seguridad de tal forma que su tratamiento sea eficaz y facilite la labor del profesional en el tratamiento que esté dando al paciente, lo que no sucede cuando se da de manera inadecuada el trato a los pacientes estos no van a colaborar de una manera que nos permita dar un buen tratamiento y así llegar al éxito del trabajo a realizar. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p.41)

Desensibilización

Según Antonio Guedes: Esta técnica tiene tres componentes conceptuales, que son:

- Entrenamiento de relajación muscular asociado a técnicas respiratorias.
- Elaboración de lista jerárquica personalizada de los estímulos generadores de miedo.
- Exposición a los estímulos generadores de miedo, inicialmente en un ejercicio imaginario, culminando con el confronto real, donde cada etapa se vuelve posible de control por el paciente en función del uso de técnicas psicológicas y de relajamiento. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p. 42).

Técnicas no comunicativas

Inmovilización

Antonio Guedes: La inmovilización física puede indicarse para pacientes que no cooperen:

- Inmadurez;
- Problemas físicos o mentales;
- Fracaso de todas las otras técnicas de tratar el comportamiento;
- Cuando hubiera riesgo de accidentes para el paciente y/o el profesional. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, pp.44-45).

“Está contraindicada para pacientes cooperativos y para aquellos que no puedan ser inmovilizados debido a condiciones sistémicas”. Para la inmovilización física y el posicionamiento del niño durante su tratamiento, existen varias maneras, siendo importante que la posición permita la visibilidad y el punto de apoyo adecuados para la labor del cirujano dentista y del equipo. Se justifica el uso de los diferentes métodos de restricción física que redunden en la seguridad y la protección del paciente, así como al equipo contra posibles accidentes durante el procedimiento clínico, facilitando de esta manera la ejecución de las maniobras odontológicas, para evitar daños tanto en el niño como en el personal de trabajo y mantener un ambiente seguro. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, pp.44-45)

Técnica de la mano sobre la boca.

Haciendo un resumen de lo leído del libro de J. Boj, esta técnica de inmovilización resulta muy polémica dentro del tratado del comportamiento; y hay una división de criterios entre los profesionales, unos defienden esta técnica pero otros la critican. Esto a pesar de que estudios y análisis clínicos justifiquen la aplicación de esta técnica, alegando aspectos de carácter legal, éticos, percepción y actitudes de los padres y pacientes, aún no ha sido posible establecer parámetros científicos que dejen establecido que no hace daño en el desarrollo psicológico de los pacientes con el transcurso de los años ni aseveren lo contrario. (Boj, Catalá, García, Planells, 2011, p.119)

Tomando como referencia el libro de Antonio Guedes se concluye, que para que esta técnica no sea incentivada juegan papel preponderante los aspectos legales, éticos y los derechos del niño que garantiza el Estatuto del Niño y del Adolescente, contrariamente esta ha sufrido una caída definitivamente y se encuentra en desuso en Brasil y en otros países, ya que muchos aspectos tratados como indicadores de su éxito por la literatura, no puede considerarse en la práctica tomando como ejemplo la imparcialidad del profesional. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, pp.44-45).

2.2.10. La situación odontológica.

Con referencia a lo leído del libro de Noemí Bordoni, se concluye que la situación odontológica está inmersa dentro de este concepto, es única e irrepetible y depende de varios elementos en su composición. En virtud de que el niño no concurre solo a

la consulta, la situación odontológica no solo dependerá de él sino también de su acompañante. En virtud de esto la existencia vital de cada ser es irrepetible y dueño de su propia dignidad que cuando se la pierde, la persona desciende y pasa a ser un animal más complejo y eficaz que los anteriores en su evolución pero así mismo puede volverse más violento. La situación a causa de los diferentes tipos de miedo puede tornarse compleja, debido a experiencias dolorosas tempranas, por estrés o maltrato infantil. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 71).

Comportamiento que puede ocurrir durante la atención odontológica.

Una vez leído el contenido del libro de Noemí Bordoni, opino que por lo regular, cuando los niños durante su atención reciben una conducción adecuada, su comportamiento es satisfactorio y resulta favorable para los procedimientos odontológicos. Pero algunas ocasiones y debido a varios factores, pueden presentar comportamientos y reacciones que requieran de una atención especial por parte del profesional. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 91)

Miedo

Tomando como referencia el libro de Noemí Bordoni, en mi opinión el miedo al odontólogo es un sentimiento general y en estado persistente. Esta se encuentra a un procedimiento nuevo o conocido en la boca, ya que es una parte donde hay mucha sensibilidad. El miedo se ha menorizado en las nuevas generaciones como en los adolescentes que por su edad evitan o tratan de no tener este estado emocional que es incómodo y causa a veces vergüenza dependiendo de la edad del paciente. (Bordoni Noemí, Escobar Rojas, Castillo Mercado, 2010, p. 73)

Haciendo referencia de lo leído del libro de David G. Myers¹¹, el miedo es una emoción que puede llegar a ser perjudicial para nuestra vida ya que esta puede perturbar el sueño, también es un mecanismo de defensa que ayuda a preservar nuestra integridad manteniéndonos siempre en alerta ante algún daño y actuar de manera cauta y eficaz.

Tipos de miedo

Temores innatos

Una vez leído el libro de Noemí Bordoni, concluyo que, estos temores son lo que nacen con el niño, miedo a ruidos intensos e impensados, a caer, a tormentas y tempestades, a objetos que se acercan raudamente. Lo cual puede llegar a traumatizar al niño por lo tanto genera que al momento de la consulta no colabore con el profesional y no se pueda dar el tratamiento, por lo que es imprescindible mantener una comunicación que genere confianza, esto se puede lograr cuando el profesional aplique las técnicas de manejo del paciente pediátrico adecuadas para cada caso ya que no todos los niños tienen miedo. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 73)

Temores del desarrollo

Haciendo referencia de lo leído del libro de Noemí Bordoni, estos aparecen a determinadas edades, tienen que ver con fantasías inconscientes, cuando el objeto que le atemoriza se vuelve familiar, el niño puede superar el miedo con ayuda profesional.

¹¹Myers Davis G. (2011). *Psicología*. Madrid-España: Medica Panamericana. p. 516.

- a) Miedo a la oscuridad; es una de las ansiedades básicas y se asocia con la pérdida de la persona amada, la madre.
- b) Miedo a lo desconocido o lo desacostumbrado. Los niños entre 5 y 9 meses temen a las personas desconocidas, los ruidos, las cosas y las situaciones extrañas.
- c) Miedo a los animales: el animal es algo desconocido, con un aspecto diferente, con movimientos bruscos e inesperados. Puede ser heredado o transmitido por los padres. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 73)

Temores por experiencias traumáticas.

Tomando como referencia el libro de Noemí Bordoni llego a la conclusión que el niño con mayor inteligencia aprende a distinguir con mayor rapidez el peligro real del imaginario (fantasmas, seres de otros mundos, espíritus creados por su fantasía, por cuentos y en muchos casos por películas). Hay temores que se relacionan con experiencias difíciles vividas las mismas que muchas de las veces se repiten y van dejando huellas imborrables en la persona, como un nacimiento traumático, una internación temprana, una intervención quirúrgica, accidentes u otros casos que psicológicamente le afecte y no permiten que el niño tenga confianza con el operador, por lo que no podemos esperar al que paciente sea cooperador debido a las experiencia traumáticas pasadas, por eso el odontólogo tratante tiene que utilizar las técnicas de manejo adecuadas. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 73)

Dolor.

Referente a lo leído del libro de Noemí Bordoni, el dolor es una sensación penosa y

molesta de alguna parte del cuerpo; y según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, es una experiencia displacentera causada por daño a un tejido o por la amenaza de ese daño. El dolor en si es una experiencia traumatizante cognitiva y desagradable, que incluye secuencial y progresivamente cambios en el organismo en gran medida reflejas o genéticas, las mismas que pueden sufrir modificaciones por influencias activadoras, inhibitorias o moduladoras. Psicológicamente los cambios se dan de acuerdo con el período del desarrollo psicoinstintivo en el que se encuentra el niño; en lo social, conforme con las opiniones que tiene su entorno familiar acerca del dolor; y, en el cognitivo de acuerdo con las estructuras alcanzadas. Cada ser selecciona, recuerda, reacciona a un estímulo de una manera diferente. El individuo de acuerdo a sus características y por las que se derivan de su entorno o su historia tienen incidencia en mayor o menor regulación de la percepción del dolor. Hay que hacer una diferenciación del dolor físico y del espiritual. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, pp. 74-75)

Ansiedad

Haciendo referencia una vez leído el libro de Antonio Guedes, la ansiedad es un conjunto de sentimientos de tipo amenazador los cuales se producen mediante estímulos que son reales o que provienen de la imaginación. En estos casos la persona se encuentra desorientada no tiene un objeto definido, solo se deja llevar de las ideas que provienen de su mente. Se recomienda que las consultas odontológicas se deban iniciar a temprana edad en estos casos de ansiedad, con la cual el paciente se va adaptando con cada éxito que se le presente y sienta confianza.

En los niños las ansias son causadas por temor a que los abandonen en el momento de la cita con el odontólogo, cuando le impiden hacer cosas que ellos si las pueden realizar, algunos casos se presenta por la falta de espacio y el niño no puede tener un ambiente adecuado para que se desarrolle cada día mas por lo que es importante tener un ambiente agradable en la sala de espera para que el niño deje un poco la ansiedad. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, p. 38)

Agresividad

Una vez leído el libro de Antonio Guedes, cuando un niño se comporta de una manera agresiva por lo general lo hace para:

- Llamar la atención o recibir atención
- Expresa la dificultad de adaptarse al mundo en que vive y de las personas que lo rodean.
- Que lo entiendan de una manera única.
- Expresa sentimiento de ira por motivos reales o imaginarios con hechos ya sucedidos y que no han sido asimilados por el niño.
- Presencia de sentimientos de no estar seguro, de ser inferior a los demás, mostrar agresividad por cosas que no entienda en cualquier conversación con las demás personas.
- Dar aviso que no puede expresar sentimientos en relación a las demás personas.
- Demuestra identificación con los padres mostrando comportamientos agresivos que constantemente observa y termina aprendiendo.

- Demuestra celos en momentos que tenga que dividir la atención de los padres.
- Mostrar que es mejor que todos en casa en la escuela y con sus compañeros.

El éxito para lidiar con la agresividad infantil es necesario no caer en la desesperación, esto se trata de no gritar, no utilizar la violencia o agresividad para reprimir el comportamiento del niño

Muchos niños procuran llamar la atención mediante el castigo, pero en estos casos vale el elogio que se les da por algún avance positivo que tenga el niño o también se los premia con alguna recompensa algo que sea del agrado de él, en algunos casos el niño pierde el control total y comienza a dar puñetes patadas de una forma muy agresiva, para asegurarlo tratar de mantener firme cogiéndolo para que reaccione, eso sí controlando el tono de voz y hablándole con ternura. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, pp.38-39).

Rabieta

Referente a lo leído del libro de Antonio Guedes dice, la rabia es muy común en los niños y más cuando quieren algo y no lo pueden obtener, pero para controlarlo es necesario mantener la autoridad y no ceder ante lo que él quiere. La definición de la rabieta se la otorga a KJINER como una respuesta muscular que consta de excitación motora global. El niño en estos casos llora, grita, pega, se tira al suelo, golpea todo lo que ve.

La rabia se presenta más cuando el niño se siente frustrado y no puede controlar esa frustración y por eso el niño comienza a tener esas aptitudes. Cuando se les

presentan esos obstáculos el niño comienza a entrar en la crisis, si se lo castiga esto puede provocar la histeria y sería otro inconveniente aparte de la rabieta. Al momento que el niño entra en la crisis es necesario que el niño solo llegue al fin, sin poder interferir, y en el momento que el niño halla asimilado todo se lo puede acariciar, darle un regalo, ponerle atención pero con cariño. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011,p. 39)

Llanto

Con respecto a lo leído del libro de Antonio Guedes, la forma más común en los niños es llamar la atención mediante el llanto ya que tienen que hacer que la madre o el padre vaya hacia ellos, la parte más importante cuando un niño llora es por tiene una necesidad y al momento de llorar atraen la atención de todos. Cuando el niño llora por que siente dolor es cuando el llanto empieza muy abrupto, muy diferente a cuando llora por hambre, cuando es así estos llantos empiezan con pequeños lloriqueos. En estos casos la madre tiene un papel muy fundamental ya que por instinto el niño ya sabe que ella es la que lo ayuda con las necesidades que el presente. (Guedes, Bönecker, Delgado, 2011, pp.44-39).

2.2.11. Factores que determinan la conducta del niño en la consulta.

J. Boj dice:

Las realidades no son absolutas sino que dependen de muchos factores y de la valoración subjetiva de quien las vive. En odontopediatría se sigue el mismo principio. El dentista basa sus decisiones en hechos subjetivos que debe saber evaluar e identificar. Hay que considerar los diferentes factores que influyen en la toma de decisiones y conocer las situaciones más controvertidas en la que estos serán más influyentes. (Boj J.R., 2011, p. 102)

Del estudio exhaustivo el dentista sabrá dilucidar y llegar a las conclusiones que le lleven a conducir de una manera adecuada al paciente en el transcurso de su tratamiento y que este sea capaz de colaborar por sí mismo estudiando el comportamiento de este y porque motivo reacciona de esa manera estudiando todos los factores que sean posibles.

Padres y Ambiente familiar

Referente a lo leído del libro de María Nahás, en mi opinión el tratamiento de un niño las decisiones no pueden ser tomadas de forma unilateral por el cirujano dentista, son los padres quienes están inmersos directamente y tienen participación en la toma de decisiones relacionadas a los métodos a ser utilizados en el tratamiento de su hijo. El profesional presentará las diferentes opciones y las discutirá con los padres del niño paciente, en conjunto definirán cual debe ser el método apropiado de abordaje del comportamiento para la atención del paciente, luego de analizar detenidamente los pro y los contras.

Al momento de realizar el primer contacto, el profesional transmite al acompañante seguridad haciéndole conocer el proceso del tratamiento, las técnicas de adecuación del comportamiento a las cuales acudirá y la importancia de su presencia en su lugar de consultas y dará las explicaciones requeridas en caso de que existiera dudas, de esto depende que los padres recepten la seguridad transmitida y el niño asista a la consulta por sí mismo

Las explicaciones del profesional a los padres o acompañantes debe ser individual y los términos usados deben ser de acuerdo al caso. Por lo regular si el o los

acompañantes (padres, hermanos, tíos, abuelos) están seguros esta seguridad se transmitirá al niño paciente; por lo general hay cierto temor entre estas personas de los problemas psicológicos que pudieran presentarse post-tratamiento.

En algunos casos el tratamiento suele dificultarse por la relación que hay con los padres que con el niño, ya que no aceptan que el profesional les oriente sobre su hijo y porque como padres creen saber lo que su hijo necesita. La forma de presentar una técnica a los padres puede llevar a su aceptación. El niño hasta los tres años de edad suele moverse mucho lo que obstaculiza la labor del dentista el mismo que para obtener un buen punto de apoyo deberá obligadamente a promover la inmovilización parcial o total y el uso de abridores de boca.

Antes de proceder a la inmovilización, el profesional tiene que evaluar las reacciones del niño y de ser necesario enseñará al acompañante en la forma de sujetar al paciente transmitiéndole a cada instante mensajes positivos y de seguridad. Existen circunstancias en la que los padres del paciente solicitan que el tratamiento sea hecho bajo los efectos de anestesia o sedación y es su responsabilidad dar o no cumplimiento a este pedido y de acuerdo a la particularidad del niño.

Los padres deben estar conscientes de las técnicas que el profesional va a utilizar y dar su consentimiento previamente por escrito, este debe ser libre y claro debidamente firmado por los padres o responsables del niño, este documento deberá obligadamente quedar archivado anexo a la ficha del paciente, esto evitará problemas legales al profesional en cualquier problema que pueda suceder después de la atención odontológica. (Nahás, 2009, p. 27).

Haciendo referencia del libro de Angus Cameron¹², es importante mantener un enlace positivo tanto con el niño como con los padres, por lo que a estos últimos es indispensable mantenerlo al tanto de todo lo que se le va a realizar al niño e implicarlo a él en las conversaciones siempre y cuando sea necesario, hay que estar al tanto siempre para poder apartar al niño cuando sea un tema más complejo.

Una vez leída la página de internet¹³, la calidad del ambiente familiar y las experiencias que viven los niños en él son fundamentales para su desarrollo social y emocional. Como en la infancia se aprende más que en cualquier otra etapa de la vida, los individuos son vulnerables a repetir las acciones que observan durante su niñez, al crecer los niños imitarían las acciones que observaron en su familia.

Edad.

Con referencia a lo leído del libro de María Jiménez¹⁴ según mi opinión, la edad, ansiedad y conducta están relacionadas, el comportamiento de los niños tiene una relación directa a la edad de estos y mientras menor es su edad, es más grande el nivel de ansiedad y su conducta no viene a ser la apropiada por lo que es importante saber manejar y motivar a los diferentes grupos de edades porque no a todos se los va a generalizar y se los va a tratar de igual manera. (Jiménez, 2012, p. 17)

Sexo.

Con referencia a lo leído del libro de María Jiménez, manifiesto que dependiendo del sexo, en niños de edad preescolar no hay variaciones, esto cambia conforme van

¹²Cameron Angus C., Widmer Richard P. (2010). *Manual de Odontología pediátrica*. Barcelona-España: Elsevier. pp. 14-15.

¹³Concha Bonet Luna, Margherita Brusa. (2004). Recuperado el 12 diciembre, 2012 de <http://www.aepap.org/familia/ambiente.htm>

¹⁴Jiménez Romera María Amelia. (2012). *Odontopediatría en Atención primaria*. España: Vértice. p. 17.

aumentando su edad y proceso de socialización. A partir de los siete años es cuando vienen a darse diferencias, en esta edad las niñas muestran más temor que los niños evidenciando ya una marcada diferencia entre el comportamiento del niño y de la niña; los niños demuestran mejores conductas que las niñas cuando reciben instrucciones relacionadas al comportamiento. (Jiménez, 2012, p.20)

Duración de la visita

Una vez leído el libro de María Jiménez, doy mi opinión que en niños de etapa preescolar, las visitas al odontólogo deben ser de un tiempo no mas a 30 minutos, debido a que su capacidad de colaboración va disminuyendo paulatinamente conforme pasa el tiempo y con esto se dificulta la labor del profesional; durante el tiempo que dure la visita se deben hacer pausas para que el paciente no se sature, en esto juega papel importante más que la edad la personalidad del niño. Es de mencionar que hasta los cuatro años de edad, el tiempo no tiene significado, pero es importante que en lo posible el tratamiento sea rápido. (Jiménez, 2012, p. 22)

Primera visita y experiencia previa.

Tomando como referencia el libro de Víctor Rivas¹⁵, en mi opinión la primera cita más común para poder revisar a un niño es a partir de los 2 años de edad, ya que en esta etapa ya se ha completado la erupción total de sus piezas temporales y también para dar las instrucciones de aseo bucal para la prevención de caries y visitarlo periódicamente para que el niño mejore su comportamiento

Según María Jiménez manifiesta que en la primera visita hay niños no muy miedosos

¹⁵Ribas Paredes Víctor Raúl. (2011). *Salud comunitaria*. Tacna Perú. Universidad Privada de Tacna. p.61.

y colaboradores, pero esto cambia cuando en el tratamiento dental recibido han obtenido experiencias negativas lo que generalmente cambia su forma de conducta, que resulta de mucha importancia la manera en que se presente la información en estos niños, ya que pueden reaccionar negativamente incrementando su ansiedad.

No solo el daño producido durante el tratamiento puede ser el origen de la experiencia negativa, también pueden tener un papel importante la actitud no favorable del profesional, o además por experiencias no placenteras durante la consulta dental lo que genera el miedo al niño y que este no sea cooperador en la consulta odontológica. (Jiménez, 2012, p. 24)

Odontopediatras

Haciendo referencia con lo leído del contenido del libro de Koch Göran¹⁶, los odontopediatras lidian con la ansiedad y los problemas de manejo de conducta, por lo que tienen una responsabilidad en el tratamiento de los niños al momento de modificar su comportamiento en el consultorio dental y dar un tratamiento de calidad, los odontólogos que atienden a niños necesitan tener conocimientos de cómo se debe actuar al momento de que un paciente presente complejidad, miedo, ansiedad, para poder controlar cualquier episodio de estos.

2.2.12. Comportamiento del niño

Haciendo referencia de lo leído del libro de María Jiménez concluyo que los niños en su gran mayoría tienden a ser colaboradores, en estos casos el profesional deberá tomar el procedimiento necesario para que esta conducta sea reforzada; caso

¹⁶Göran Koch, Sven Poulsen. (2011). *Odontopediatría: Abordaje clínico*. Venezuela: Amolca. P. 42.

contrario, esta deberá modificarse y controlarse. La manera de asumir los miedos es la que determina el tipo de paciente más no la ansiedad, por lo que debemos tener en cuenta si es su primera visita al odontólogo. (Jiménez, 2012,p.28)

Formas de comportamiento del niño.

Colaborador.

Según María Jiménez dice, que este tipo de niño, es aquel que pasa por la consulta, recibe su tratamiento y luego se retira; este niño es por lo general un paciente que permite que el tratamiento realizado por el profesional tenga mayor facilidad; esto redundará indudablemente en un trabajo más eficiente debido a las facilidades brindadas por el niño que no ha dado ningún problema y colabora sin ningún problema. (Jiménez, 2012, p. 28)

Potencialmente colaborador.

Según María Jiménez dice, que es en este grupo en el que se incluyen la gran mayoría de niños de 3 a 6 años. Requieren de una atención especial por parte del profesional, debido a los cuentos de miedo que le han traumatizado y a su imaginación de fábula. Lo que por lógica incide potencialmente en el comportamiento del niño; a pesar de esto está en manos del profesional el tratar su caso de la manera más adecuada posible de tal forma que luego del tratamiento se quiten todos sus temores y tratar de hacer su visita odontológica corta, gratificante, por lo que debemos aplicar técnicas adecuadas para no confundir al paciente de acuerdo a su edad. (Jiménez,2012, p. 28)

Colaborador tenso.

Haciendo referencia de lo leído del libro de María Jiménez, es aquel que colabora lo necesario pero habla y se integra poco, esto debido a que el miedo y la ansiedad hacen presa de él, pero a pesar de todo logra controlarse, esta clase de niños se aferran al sillón con manos y brazos y siguen atentos y tensos ante los movimientos que haga el profesional.

El profesional debe brindarle la confianza que el niño requiera, ya que él desea colaborar en el tratamiento, dependiendo del dentista y de su conducta el relajamiento y colaboración del niño; por lo tanto deberá tener todo el material preparado y efectuar el tratamiento de una forma eficaz, sin interrupciones, tan solo las necesarias para que el paciente descanse y se relaje. (Jiménez, 2012, p. 29)

Colaborador resignado.

Tomando como referencia el libro de María Jiménez, esta clase de paciente es el que colabora en todo sentido, no se altera por nada y es capaz de soportar el dolor, acepta el tratamiento sin protestar. Su comportamiento es de una manera hermética y melancólica, razón por la cual el profesional debe valorar algún problema de fondo resultante de abandono, desafecto o problema familiar que tenga el niño, por lo que el odontólogo tiene que actuar de una manera cariñosa de modo que el niño sienta que en el encuentra a un amigo. (Jiménez, 2012, p. 29)

Colaborador disciplinado.

Haciendo referencia de lo leído del libro de María Jiménez, es un paciente con un

estado de ánimo adverso, educado para autocontrolarse, es incapaz de quedar en ridículo por vergüenza, este paciente demuestra su colaboración no por su predisposición si no por su temor a las críticas que puede recibir inclusive de sus familiares o acompañantes por su comportamiento; el profesional en estos casos debe aplicar un tratamiento adecuado utilizando un dialogo permanente. (Jiménez, 2012, pp. 29-30)

Colaborador hiperactivo.

Con referencia de lo leído del contenido del libro de María Jiménez concluyo que este paciente debido a su edad, cuatro años, a su estado de ansiedad es hiperactivo; a este paciente se le debe advertir sobre al tratamiento y por tal razón debe quedarse quieto, de esta manera dejará trabajar. La comunicación con el de la manera más adecuada en virtud de que su comportamiento así lo amerita; además de ser necesario aceptara que algún familiar o acompañante esté presente en el tratamiento. (Jiménez, 2012, p.30)

Colaborador dormilón.

Según María Jiménez dice, que estos pacientes por su corta edad, suelen dormirse, esto no debe ser un obstáculo y se debe trabajar con abre bocas, en estos casos resulta de suma importancia en mantener un continuo dialogo con el niño a fin de mantenerlo despierto durante el tiempo que dure el tratamiento ya que al estar despierto el paciente colaborara de mejor manera y facilitara la labor del profesional lo que redundara en beneficio del niño y su tratamiento sea exitoso, lo cual nos permite tener una buena comunicación. (Jiménez, 2012, p. 30)

Adverso abiertamente.

María Jiménez manifiesta que es el paciente que acude con mucho miedo o temor, resulta dificultoso conseguir que se siente en el sillón y abra la boca; si lo hace es de una manera rígida y cierra la boca, evita el mirar al profesional y hace caso omiso a cualquier forma de comunicación, este paciente requiere de un tratamiento muy especial, debiendo mantener con él un diálogo fluido tendiente a desvanecer sus temores y hacer de él un paciente colaborador. (Jiménez, 2012,p. 30)

Adverso manipulador.

Según María Jiménez dice, que son niños con experiencias negativas anteriores, con mal comportamiento, bullosos que dan golpes y que es fácil que vomiten y reaccionen de forma histérica para llamar la atención de sus padres; estos niños por lo regular proceden así por cuanto en tratamientos anteriores estos no fueron adecuadamente llevado a efecto, estos casos son sumamente complicados lo que sin lugar a dudas causa problemas tanto como al paciente como al profesional tratante. (Jiménez, 2011, p. 30)

Falta de capacidad de colaboración.

Según María Jiménez dice, que son niños menores de 3 años con los cuales no se establece una comunicación y no colaboran. Estos pacientes por su edad tan corta en su gran mayoría dificultan la labor el profesional odontólogo por su escasa recepción de las indicaciones o requerimientos del tratante, aquí debe aplicarse una forma de dialogo especial que lleguen de manera más comprensiva al paciente. (Jiménez, 2012, p. 30)

2.3. ORTODONCIA REMOVIBLE

Es el tratamiento que sirve para alinear y dar armonía a los dientes, mediante aparatologías removibles, se lo utiliza particularmente para el crecimiento de los maxilares en etapas de crecimiento que va desde los 7 a 12 años. En este tratamiento para lograr el éxito se necesita la colaboración total del paciente. Esta aparatología tiene la ventaja de que el mismo paciente se la puede insertar y retirar sin necesidad de asistir a la consulta con el profesional teniendo en cuenta que debe asistir a los controles citados cada cierto tiempo para que el profesional vaya viendo la mejoría en el tratamiento.

2.3.1. Crecimiento Craneofacial Posnatal

Según Léa Bezerra¹⁷ manifiesta que el crecimiento de la cabeza de una persona está expuesto a cambios de las simetrías en la parte del cráneo y la cara. La parte de lo que es las mandíbulas se encuentra formada por 2 huesos acoplados entre sí, se encuentra localizada en la línea media; el ángulo goníaco es poco desarrollado y el plano oclusal pasa a través de los cóndilos.

2.3.2. Crecimiento de las Estructuras Craneofaciales

Cráneo

Según Léa Bezerra, dice que la caja craneal se expande a medida que el cerebro crece, lo cual esta sufre muchos cambios, entre las sincondrosis más importantes tenemos la sincondrosis intra-occipital que contribuye al crecimiento durante la

¹⁷Bezerra da Silva Léa. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Brasil: Amolca. P. 882.

erupción del primer molar y la sincondrosis esfeno-occipital es una de las más importantes para el crecimiento y osificación hasta los 20 años de vida (Bezerra, 2008, p. 881)

Cara media

Esta cara está formada de cavidad nasal, orbitas y componentes, senos maxilares, procesos alveolares superiores y dientes.

Léa Bezerra dice que Brodie cita lo siguiente:

La altura de la cara superior (N-ENA) aumenta con rapidez después del nacimiento, y se estabiliza luego de un año y medio, entonces permanece en un 43% de la altura total de la cara (N-Gn) hasta la fase adulta.

La cara media crece en las tres dimensiones, pero el crecimiento vertical es el dominante. Está íntimamente asociada a la base del cráneo, cuyo crecimiento influye de manera directa en la cara media, de tal modo que su crecimiento para adelante también desplaza a la vez al maxilar y a la mandíbula en la misma dirección. (Bezerra, 2008, p. 882).

Mandíbula

En relación al maxilar que está asociado con el cráneo, esta se halla sustentada por músculos, por piel y por tejidos conjuntivos, y en conexión inmediata con el resto de la cabeza mediante la relación de articulaciones de los métodos condilares, la mandíbula es un hueso mixto y compuesto con una actividad intramembranosa y endocondral, y el incremento endocondral de los cóndilos despliega un gran papel en el progreso de la mandíbula.

Léa Bezerra cita lo siguiente:

Mostraron que los procesos condilares crecen en varias direcciones. Cuando crece más hacia atrás, la mandíbula es desplazada para adelante, volviéndose más larga, una vez que la distancia cóndilo-mentón es mayor y el ángulo goníaco, mas obtuso. Cuando crecen hacia arriba y hacia adelante, la mandíbula se desplaza con su eje de rotación en el área incisal. El resultado es un ángulo goníaco agudo y la longitud verdadera disminuye puesto que la distancia cóndilo-mentón es menor. Con ese patrón de crecimiento, hay mayor crecimiento vertical posterior.

El crecimiento endocondral también ocurre en la sínfisis, aproximadamente al final del primer año, está ya se osificó transformando la mandíbula en un hueso impar. La osificación intramembranosa ocurre en toda la superficie de la mandíbula, con reabsorción y neoformación ósea concomitantes. (Bezerra, 2008, p. 886).

2.2.4. Etiología de las maloclusiones

Según Léa Bezerra da Silva manifiesta que la maloclusión es una situación del desarrollo. Sin embargo es arduo conocer la causa por la que se dan las mayorías de las maloclusiones. Se sabe cuáles son las posibilidades que deben ser analizadas a la hora del tratamiento, existen varios métodos para clasificar los factores etiológicos.

Para un abordaje más simple, se pueden asumir las causas de la maloclusión en siete grupos:

1. Factores hereditarios
2. Anomalías congénitas o adquiridas
3. Traumatismo
4. Agentes físicos
5. Hábitos
6. Enfermedades

7. Desnutrición. (Bezerra, 2008,p. 911).

Factores hereditarios

Según Léa Bezerra, dice que la maloclusión es hereditaria, es decir que los hijos heredan las características y rasgos de los padres. Lo cual se puede llegar a modificar por los ambientes antes y después de nacer sin embargo se mantiene el patrón básico ya que en la actualidad los dientes son afectados genéticamente y los maxilares también son afectados, es decir, que si el padre tiene clase esquelética 3 el niño también puede tener ese perfil. (Bezerra, 2008, p. 911).

Anomalías congénitas

Según Léa Bezerra dice, que estas maloclusiones son causadas por anomalías en el feto ya sean causadas por virus, radiación, drogas y entre otras sustancias nocivas para la salud del bebe; lo cual genere anomalías en dientes, paladar, labios y maxilares. Esto se da por enfermedades que vienen desde que el niño está en el útero de la madre debido a problemas de compatibilidad sanguínea u otras. (Bezerra, 2008, p. 914)

Traumatismo

Según Léa Bezerra manifiesta que estos traumas también se pueden producir en la vida intrauterina del feto y también después del nacimiento y pueden ocurrir en cualquier edad del niño y las principales afecciones son el la articulación temporomandibular estos traumatismos también son fracturas de coronas dentarias, avulsiones dentarias y fractura de raíz por lo que se recomienda ir inmediatamente a

consulta para evitar que el traumatismo pase a una fractura más compleja, por lo que es importante llevar de manera inmediata al odontólogo. (Bezerra, 2008, p. 914)

Agentes físicos

Según Léa Bezerra expone que entre estos factores tenemos lo que es la pérdida prematura de los dientes, la mala alimentación, el hábito de respirador bucal, estos factores acentúan el desarrollo de las anomalías en boca. Las caries también es una causa significativa de las maloclusiones dentarias, restauraciones mal realizadas generan una desarmonía en la boca y por lo tanto a nivel facial. (Bezerra, 2008,p. 914)

Hábitos

Según Léa Bezerra manifiesta que estas son favorecedores de las contracciones musculares que se aprenden; entre los hábitos podemos encontrar como la succión digital, interposición del labio inferior e interposición de la lengua, empuje lingual, mordedura de uñas, lo cual altera la armonía de los dientes y también provoca una modificación en el rostro y maxilares que a su vez genera problemas de maloclusión. (Bezerra, 2008, p. 920)

Desnutrición

Según Léa Bezerra dice, este factor afecta la formación de los tejidos de calcificación de los dientes tal como el esmalte y la dentina, lo cual origina un problema en la erupción dentaria, también puede producir hiperplasia de estos tejidos; al momento

de que el niño no tiene una buena nutrición genera problemas de crecimiento en los maxilares, todo esto genera problemas de maloclusión. (Bezerra,2008, p. 928)

2.3.5. Aparatos ortodonticos removibles.

Según Singh Gurkeerat¹⁸ dice, son dispositivos que crean y transmiten fuerzas a los dientes ya sea individual o en grupo. Estos aparatos son aquellos el cual puede ser removido por el paciente. El paciente puede insertar y retirar de su boca la aparatología sin necesidad de la mediación del profesional estas aparatologías se clasifican en activos y pasivos, dependiendo de cuanta fuerza ejerza en boca estos van hacer clasificados.

Según William Proffit¹⁹ manifiesta que los aparatos removibles dan más facilidad que los aparatos fijos para efectuar algunos tipos de tratamientos para el crecimiento, la expansión de los maxilares y que se pueden tornar casi invisibles si son realizados con materiales plásticos claros lo que hace que estas ventajas sean tanto como para el paciente y para el odontólogo.

Según Esequiel Rodríguez²⁰ expresa que la ortodoncia removable sirve para el crecimiento transversal, sagital y vertical. Estos aparatos tienen una característica que puede hacer que el paciente no colabore y no se pueda obtener un resultado satisfactorio debido a que la aparatología sea de gran tamaño que dificulte su fonación, su apariencia física y que dependa el éxito al 100% de la colaboración de paciente.

¹⁸Gurkeerat Singh. (2009). *Ortodoncia: Diagnóstico y tratamiento*. Venezuela: Amolca. p. 417.

¹⁹Proffit William. (2008). *Ortodoncia Contemporánea*. España: Elsevier. p. 395.

²⁰Rodríguez Esequiel. (2011). *De la impresión a la activación: Ortodoncia y ortopedia*. Venezuela: Amolca. p.27.

Ventajas de los aparatos removibles

Según Singh Gurkeerat dice, que las ventajas de los aparatos removibles son:

- El paciente puede continuar con su higiene bucal sin ningún obstáculo, la cavidad y la aparatología podrán mantenerse limpios.
- La mayoría de los movimientos de inclinación pueden ser realizados con éxito.
- Son menos visibles que los aparatos fijos y por lo general tienen buena aceptación de los pacientes.
- Estos aparatos pueden ser instalados y supervisados por el odontólogo en general.
- La fabricación de esta aparatología es realizada en laboratorios por lo cual el tiempo de colocación va hacer mucho menor al que seria con ortodoncia fija
- El tiempo para activar la aparatología es menor
- El paciente puede retirar de su boca una aparatología dañad sin que sea una emergencia para el profesional.
- El precio es mucho menor. (Gurkeerat, 2009, p. 421.).

Desventajas de los aparatos removibles

Haciendo un resumen de lo leído del contenido del libro de Singh Gurkeerat doy mi opinión que las desventajas de los aparatos removibles son:

- La cooperación del paciente es clave para el éxito de dicho tratamiento
- El tiempo puede alargarse si el paciente no cumple su parte
- Son capaces de dar ciertos movimientos dentales lo cual limita su utilidad

- Los movimientos en grupo son difíciles de obtener
- El paciente ha de tener una cierta cantidad de habilidad para poner y quitar la aparatología
- La posibilidad a que se dañe el aparato es mayor. (Gurkeerat, 2009, pp. 421-422)

Indicaciones para el uso de ortodoncia removible

Según una página de internet²¹ dice que estas son las indicaciones para el uso de una aparatología removible

- Preferiblemente en niños en etapa de crecimiento
- En pacientes con dentición mixta
- En niños colaboradores
- Para expandir los maxilares
- En apiñamientos leves
- Cerrar mordidas abiertas
- Corrección de mordida cruzadas

Principios generales de los aparatos

Singh Gurkeerat dice:

“Un aparato removible trabaja inclinando un diente alrededor de su centro de resistencia, que está localizado entre 30 y 40 por ciento del ápice radicular, al

²¹Laboratorio europeo de ortodoncia. (s.f.). Recuperado el 13 diciembre, 2012 de <http://www.ledosa.com/descargas/Instrucciones%20Aparatos%20Fijos%20y%20Removibles%20Laboratorio.pdf>

considerar la longitud entera del diente” por lo que se necesita ser constante con el uso de la aparatología para que los movimientos de los dientes sean efectivos.

Las fuerzas ejercidas dependen de:

- La clase aparato
- El aprovechamiento de las fuerzas de los tejidos duros y blandos adyacentes o la incorporación de resortes o de elásticas.
- El tipo de contacto del componente activo hecho con el diente o los dientes a ser movidos. (Gurkeerat, 2009, p. 422)

Diseño del aparato

Según Singh Gurkeerat dice que, la construcción de la aparatología se debe realizar detalladamente para obtener los resultados deseados y se debe considerar morfología, dientes que se encuentren en erupción, condiciones económicas del paciente, la psicología y objetivos para tener resultados satisfactorios que cumplan el objetivo del tratamiento.

Los aparatos ortodóncicos removibles se componen de 3 componentes:

- Resortes, tornillos o elásticas
- Ganchos
- Estructura placa base. (Gurkeerat, 2009, p. 422).

Instalación del aparato removible

Singh Gurkeerat dice que en el momento en el que el aparato es instalado deben ser probados varios puntos:

- Antes de colocar el aparato, el odontólogo debe realizar por algunos minutos si la aparatología no tiene alguna rugosidad que podría causar irritación de la mucosa bucal y que los bordes estén redondeados y alisados.
- Ajustar el acrílico o la placa base durante la adaptación del aparato en boca.
- Una vez que se encuentre el aparato adaptado en boca es importante verificar los componentes activos y de retención. Los alambres no deben causar daños a la mucosa o algún tejido blando y deben adaptarse a la perfección en los dientes.
- Educar al paciente con un espejo como se debe colocar y retirar el aparato
- El paciente debe regresar a consulta cada 3 semanas. (Gurkeerat, 2009, p. 446)

Instrucciones al paciente

Singh Gurkeerat manifiesta que el éxito del tratamiento de ortodoncia removible es satisfactorio si el paciente sigue las instrucciones meticulosamente. Por lo tanto para obtener éxito debemos contar con el apoyo de los padres a quien debemos orientar con consejos y mediante escrito de lo que se debe y no se debe realizar.

- Se debe dar la indicaciones de insertar y retirar el aparato al paciente con un espejo e insistir que sea manipulado en la parte de los ganchos mas no por la parte del arco.
- El paciente debe ser cumplido con el uso de la aparatología las 24 horas del día y que se la debe retirar solo en el momento de la limpieza bucal, en deportes de contacto físico y natación

- El paciente tiene que tener un alto índice de higiene para evitar la hipocalcificación del esmalte.
- El paciente debe ser educado sobre la limpieza de la aparatología con agua y jabón. Debe tener cautela en la limpieza para evitar doblar algún alambre.
- En caso de molestias el paciente debe presentarse inmediatamente a consulta
- A pacientes que su aparatología tenga tornillo de expansión se le va a dar las respectivas instrucciones para la activación de este.
- Se debe educar al paciente sobre no dejar el aparato mucho tiempo fuera de boca ya que se puede modificar o dañar.
- Se debe mantener alejando de los animales domésticos. (Gurkeerat, 2009, p.446)

Fracasos en la Ortodoncia removible

Haciendo referencia de lo leído del libro de Singh Gurkeerat dice que los fracasos en la ortodoncia removible son:

- Reducción en la sobremordida horizontal ya que en los incisivos superiores es difícil conseguir la retracción. La causa el poco desgaste del acrílico en los incisivos superiores.
- La falta de activación del tornillo da como resultado la poca expansión de los maxilares por lo tanto es de vital importancia dar las instrucciones a los pacientes y a los padres.
- La conformidad del paciente es el éxito de este tratamiento y su colaboración es importante para obtener resultados satisfactorios. La conformidad del

paciente se mejora dando una buena adaptación de la aparatología un buen diseño de la misma y las respectivas indicaciones. (Gurkeerat, 2009, pp. 447-448)

Problemas encontrados en la terapia del aparato removible

Según Singh Gurkeerat expone que el principal problema encontrado es la mala higiene bucal del paciente que conduce a una gingivitis y a la hipoplasia del esmalte. El paciente debe ser educado para mantener una buena higiene tanto bucal como la del aparato, la poca higiene bucal puede provocar la presencia de caries. El aparato debe ser diseñado para que el alimento no se retenga en el y aumente la presencia de caries.

La irritación de la mucosa y tejidos blandos se dan cuando el acrílico no está adecuadamente pulido y sus bordes se encuentran agudos y no redondeados, si no se encuentran alisados pues provocaría una seria irritación en los tejidos blandos, también se tiene que tener cuidado con los alambres que estos queden adaptados adecuadamente a los dientes para evitar molestias al masticar. (Gurkeerat, 2009, p. 448.)

La colaboración del paciente en el éxito del tratamiento

Según Esequiel Rodríguez dice que la colaboración en el tratamiento de ortodoncia removible es primordial para obtener resultados exitosos, en el tratamiento ya que sin la cooperación de ellos no se va obtener resultados. En lo que es ortodoncia removible el éxito de dicho tratamiento está dado casi al 100% de la colaboración del paciente. Para que el paciente coopere es necesario mostrarle las diferentes

alternativas y dejarle en claro que la estrategia escogida es la más adecuada para él, los aparatos que son más aceptables por el paciente nos va ayudar a que la cooperación sea un problema menos a la colaboración durante el tratamiento y que el resultado sea más satisfactorio. (Rodríguez, 2010, p.27).

Según Rossi Massimo²² dice, que el éxito del tratamiento depende exclusivamente de la colaboración del paciente y de la edad que esté presente para ver en qué etapa de crecimiento se encuentra y saber si el tratamiento va a tener resultados satisfactorios y depende qué problema hay que corregir con el aparato funcional adecuado.

Factores relativos a la colaboración

Características del paciente

Según Vicente Gonzáles²³ dice que se generaliza las relativas a la personalidad, a la zona demográfica de donde el venga, la situación social, el conocimiento del paciente de lo que se va a realizar y de las conductas asociadas con la salud, como la valoración, la motivación y el control, lo que permite que el paciente ayude en la colaboración de dicho tratamiento y así podamos lograr el objetivo que es que tener un paciente cooperador.

Características de la Personalidad

Según Vicente Gonzáles dice, que la personalidad del paciente y el rendimiento en la escuela van a estar íntimamente relacionadas con la colaboración en ortodoncia. Los

²²Massimo Rossi. (2011). *Ortognatodoncia en la práctica clínica*. Venezuela: Amolca. p. 58.

²³Gonzáles Costa Vicente. (2007). *Tratamiento ortodóncico en pacientes de clase II no colaboradores*. España: Elsevier. p.3.

pacientes de ortodoncia que son colaboradores por lo general tienen calificaciones buenas muestran una conducta intachable y estos son destacados desde un punto de vista académico y por lo general son niños más sociables con sus docentes. Por lo general los niños son menos colaboradores que las niñas dado que su aptitud se considera más agresiva, intolerantes, individualismo y negligencia que son características psicológicas de un paciente no colaborador. (González, 2007, pp. 3-4)

Características del tratamiento

Según Vicente González manifiesta que se trata de un régimen terapéutico que se considera de vital importancia para la colaboración del paciente son:

- La complejidad del tratamiento
- La duración
- El nivel de incomodidad, efectos secundarios
- Cambios de estilo de vida
- Factor económico.

Estudios realizados dicen que tratamientos de menor tiempo ayuda a que el paciente quiera colaborar más que en tratamientos a largo plazo, la dificultad del tratamiento a realizar varia en la cooperación del paciente ya que esto puede llegar a hostigarlo, el nivel de incomodidad es un punto importante ya que al sentirse cómodo este no tendría que abandonar el tratamiento; por lo general en lo que es la ortodoncia removible un efecto secundario seria la dificultad de la dicción de las palabras lo que puede generar el abandono del tratamiento, hay pacientes que no les gusta cambiar su estilo de vida por ejemplo en pacientes que son un poco dejados en lo que es la

limpieza bucal el uso de esta aparatología incrementa el aseo bucal para evitar la aparición de caries; el factor económico es importante porque cuando el costo es elevado el paciente tiende a colaborar más ya sea porque viene de ellos o de los padres. (González, 2007, pp.3-4)

Según Gonzalo Uribe²⁴ dice que la edad adecuada para un tratamiento es a partir de los cuatros años ya que los niños de esta edad reciben bien las indicaciones que se les dan y responden de manera adecuada gracias a que ellos se encuentran en una etapa de aprendizaje, el diagnostico a tiempo de hábitos, y otras alteraciones pueden evitar malformaciones en los maxilares.

Motivación para el uso del aparato

Según José Villavicencio²⁵ dice, que es importante la motivación en el tratamiento de ortodoncia removible, para que el paciente y los pacientes colaboren para poder tener resultados exitosos. Es importante dar conocer la educación odontológica y motivar al paciente al uso apropiad de la aparatología y educar a los padres para que estos ayuden en la motivación de la utilización de la placa. La motivación es un factor importante en la cooperación del niño para obtener éxito en ortopedia ya que el mayor porcentaje de éxito depende solo de la colaboración del paciente. La motivación es la fuerza interna que se encuentra detrás de la conducta.

2.3.6. Aparatos removibles activos y pasivos

Estos realizan movimientos dentarios de inclinación por medio de los resortes de

²⁴Uribe Restrepo Gonzalo Alonso. (2010). *Ortodoncia: Teoría y clínica*. Colombia: Cib. p. 246

²⁵Villavicencio José, Fernández Miguel, Magaña Luis. (1997). *Ortopedia dentofacial: Una visión multidisciplinaria*. Venezuela: Amolca. p. 833.

alambre, tornillos de expansión. Mientras que los aparatos removibles pasivos están diseñados para mantener los dientes en su posición designada tales como son los mantenedores de espacio que ayudan a que migren las piezas dentales al espacio donde hay ausencia de placa.

2.3.7. Tipos de placas removibles

Placa o Aparato de Hawley.

Según una página de internet²⁶ dice, que esta aparatología es utilizada para definir una gran variedad de aparatos que por lo general va con una placa de acrílico y con el arco labial de Hawley, está indicada para el mantenimiento de espacios, este aparato es muy fácil de limpiar, tiene una estética buena, la confección es fácil y se puede ajustar rápidamente. Su desventaja es que necesita completamente de la colaboración del paciente para tener resultados satisfactorios.

Esta aparatología contiene retenedores Adams suelen ir en piezas posteriores tanto en mesial como en distal, sirven de retenedor para la placa por lo general se las realiza en alambre redondo de calibre 0,7mm, ofrece una retención muy buena porque acopla con las troneras de los primeros molares, es simple y fácil de realizarlo, es bien discreto.

También presenta un arco labial simple que se lo realiza con alambre redondo de 0,7mm. El arco labial se lo construye para reducir la sobremordida horizontal, su poder de acción es limitada debido a la rigidez y a la baja flexibilidad. La extensión de

²⁶Barrios Ubilla Gabriela, Barra Jennifer, Encina Elizabeth. (2011). Elaboración de aparatos removibles de ortodoncia. Santiago- Chile. Recuperado el 28 noviembre, 2012 de <http://www.slideshare.net/GabrielaBarriosUbilla/elaboracion-de-aparatos-removibles-de-ortodoncia>

su arco es de canino a canino y retrae los cuatro incisivos superiores, esta proporciona fijación anterior.

Según Jeryl English²⁷ dice, que la placa de Hawley es la placa más utilizada para corregir los problemas de mordida profunda esta placa se compone retenedor anterior, cuerpo de acrílico, ganchos y retenedor auxiliar. Cuando los alambres se encuentran adaptados correctamente no tienen por qué interferir en la oclusión.

Placa de Schwartz

Según Fabrizio Montagna²⁸ dice, que su función principal es producir cambios tisulares a nivel alveolar u óseo, para el desarrollo y expansión a nivel transversal, sagita y vertical, mediante el uso constante de 14 horas diarias. Se activa el tornillo una vez cada ocho días ejerciendo una presión óptima en el área basal de los dientes y tejido ósea. Con esta aparatología se puede producir movimientos de expansión transversal, profusión alveolar anterior, distalización de premolares y molares de un segmento de la arcada, mesialización de piezas dentales posteriores, extracción e intrusión del segmento anterior y posterior. Se coloca el tornillo a nivel deseado activándolo cada 8 días un $\frac{1}{4}$, por la presión del tornillo conseguimos una acción biológica.

Placa Schwartz modificada

Según una página de internet dice, que está compuesta por un asa con divertículo, resorte doble y tipo loop, tornillo de expansión, medios de retención en las que

²⁷English Jeryl D, Peltomä Timo, Phan-Litschel Kate. (2011). *Destreza en ortodoncia*. Venezuela: Amolca. p.267.

²⁸Montagna Fabrizio, Lambini Nicola, Piras Vincenzo, Denotti Gloria. (2010). *Ortodoncia y sus dispositivos: Aparatos móviles y fijos removibles en la práctica clínica*. Venezuela: Amolca. p. 9.

pueden variar con flechas, retenedor Adams y acrílico o placa base. Está compuesta por una asa simple, la cual tiene como función retruir la 4 piezas anteriores, se elabora en alambre 0,7 o 0,8mm la elección del alambre depende de cómo quiera trabajar el profesional, resorte doble en 0,8mm que vestibulariza las piezas anteriores y posteriores se elabora en alambre de 0,5 o 0,6mm depende de cómo se maneje el odontólogo, la función del resorte es protuir cualquier pieza dental del segmento anterior. (Recuperado de <http://www.slideshare.net/GabrielaBarriosUbilla/elaboracion-de-aparatos-removibles-de-ortodoncia>)

Aparato de Fränkel

Según Juan Velarde²⁹, se utiliza para corregir las clases II esqueléticas sin aumentar el desarrollo vertical, así como las maloclusiones, clase III, mordidas abiertas y biprotusiones maxilares. Su efecto se basa en la función muscular su función es liberar los dientes de presión muscular permitiendo la adaptación y acción de estos. Se logra también aumento del espacio intraoral y sagital.

Regulador de Frankell II

Según Rodríguez Esequiel dice que el aparato de Frankell II:

El regulador de Frankell II es un aparato ortopédico bimaxilar cuya aplicación corresponde a los inicios de la ortopedia funcional. El elemento distintivo del regulador Frankell II, está constituido por los escudos vestibulares de acrílico que se apoya en los tejidos blandos peribucal abarcando ambos rodetes alveolares (desde caninos hasta los últimos molares) y que ejercen literalmente una acción inhibitoria de la musculatura peribucal. Su efecto está basado en la intersección de problemas de la función muscular; a diferencia de otros aparatos, el

²⁹Velarde Yosítomi Juan Carlos. (2010). *Atlas de aparatología funcional y aparatología auxiliar*. España: Ripano. p. 77

regulador de función frankell II no está diseñado para el movimiento dental, ya que libera los dientes de sus estructuras basales de las presiones musculares, induciendo cambios terapéuticos en la capsula orofacial. (Rodríguez, 2010, p.268)

Recuperadores de espacios

Con la finalidad de conservar la rectitud del arco dentario igual que las condiciones normales para el desempeño de las denticiones desde la transitoria hasta la imborrable. Se han utilizado constantemente aparatos que recuperan espacios sobre todo se la usa más en la dentición mixta y esta tiene como objetivo de restablecer que la dentadura se desarrolle con normalidad con la perdida de los espacios.

Aparato removible con resortes digitales

Según Léa Bezerra, esta aparatología se utiliza cuando hay dos dientes en mordida cruzada y buena retención posterior. También es oportuno, para recuperar algún espacio perdido en la zona del diente cruzado, sirve para corregir giroversiones de los dientes anteriores, cuando existen problemas gingivales en los dientes inferiores que imposibilitan el uso de este y en los casos que necesitan de un aparato de contención.(Bezerra, 2008, p. 980)

Aparato removible con tornillo expansor bilateral.

Léa Bezerra manifiesta, que este aparato posee un tornillo expansor sobre la sutura, palatina media para la expansión dental, ganchos de Adams, circunferenciales e interproximales para que el aparato tenga una excelente retención. Es confeccionado en acrílico para liberar la mordida y facilitar la corrección de la mordida cruzada, ese aparato mueve los dientes y remodela el proceso alveolar. El tornillo expansor

deberá ser activado una o dos veces por semana hasta la corrección de la mordida cruzada y luego de ese periodo es utilizado como contención durante 6 o 12 meses, está indicada solo para correcciones en las denticiones temporal y mixta.(Bezerra, 2008, p.980)

Aparato de Hawley con rejilla palatina

Según una página de internet³⁰, esta placa se la utiliza en niños con “habito de succión digital o cuando hay interposición de la lengua, cuando se usa esta aparatología es importante contar con el apoyo de un foniatra. Es un aparato sencillo pero que es efectivo”. Ayuda bastante en que el niño deje el hábito de succión digital y poder ayudar en la armonía dentaria.

³⁰Recuperado el 13 diciembre, 2012 de http://www.zonaortodoncia.com/aparatologia_remov.htm

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Métodos

3.1.1. Modalidad básica de la investigación

Bibliográfica

Es bibliográfica debido a que se llevó a efecto una recopilación previa de información de distintos medios, entre los que constaron libros de textos y la web.

De campo

Es de campo porque toda la información bibliográfica se llevó al escenario donde se presentó el problema, con el fin de constatar la presencia para cuya aplicación se requirió el uso de fichas de observación y encuestas.

3.1.2. Niveles o tipo de investigación

Exploratoria

La investigación es exploratoria ya que se realizó una exploración clínica en los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para determinar las causas del problema investigado.

Descriptiva

Porque en este estudio se describe la colaboración del paciente pediátrico y la ortodoncia removible.

Analítica.

Porque se analizó la relación que existe entre la colaboración del paciente y la ortodoncia removible.

Sintética

Toda la información que ha sido recopilada, con la cual se midió el alcance de los objetivos fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva

Porque al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

3.2. Técnicas**Observación**

Se observó el comportamiento de los niños en la consulta odontológica y los diseños de las aparatologías de los pacientes que asisten a las clínicas de odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Encuesta

Encuesta dirigida a los a estudiantes y padres de familia de los pacientes pediátricos que se atienden en la Universidad San Gregorio de Portoviejo

3.3. Instrumentos

Ficha de observación

Formulario de encuesta

3.4 Recursos

3.4.1. TALENTO HUMANO

Director de Tesis

Investigadora

Pacientes que se atienden en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Padres de familia de los pacientes que se atienden en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Estudiantes de la facultad de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

3.4.2. TECNOLÓGICOS

Internet

Computadora

Impresora

Cámara

Scanner

Pen drive

3.4.3. MATERIALES

Fotocopias

Equipo de Diagnóstico

Guantes

Mascarillas

Materiales de oficina

Textos relacionados con el tema

3.4.4. ECONÓMICOS

Esta investigación tuvo un costo aproximado de **926,75 dólares**

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los pacientes pediátricos que se atienden en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

3.5.2. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra obtenida fue de 111 pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

3.5.3. Tipo de muestreo

Los pacientes fueron seleccionados por muestreo estratificado.

3.6. Presupuesto

Total:926,75 dólares

3.7. Proceso de recolección de la información

La recopilación de la información primaria se obtuvo a través de la observación hecha a los pacientes pediátricos; y encuesta dirigida a los estudiantes y padres de familia de dichos pacientes.

La información secundaria se obtuvo mediante la recopilación de datos investigados a través de libros, revistas e internet.

3.8. Procesamiento de la información

La información bibliográfica se procesó mediante el software Microsoft Word 2010 y la información estadística en el software Excel del mismo paquete utilitario de Microsoft. El cronograma se realizó mediante el programa informático Project.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

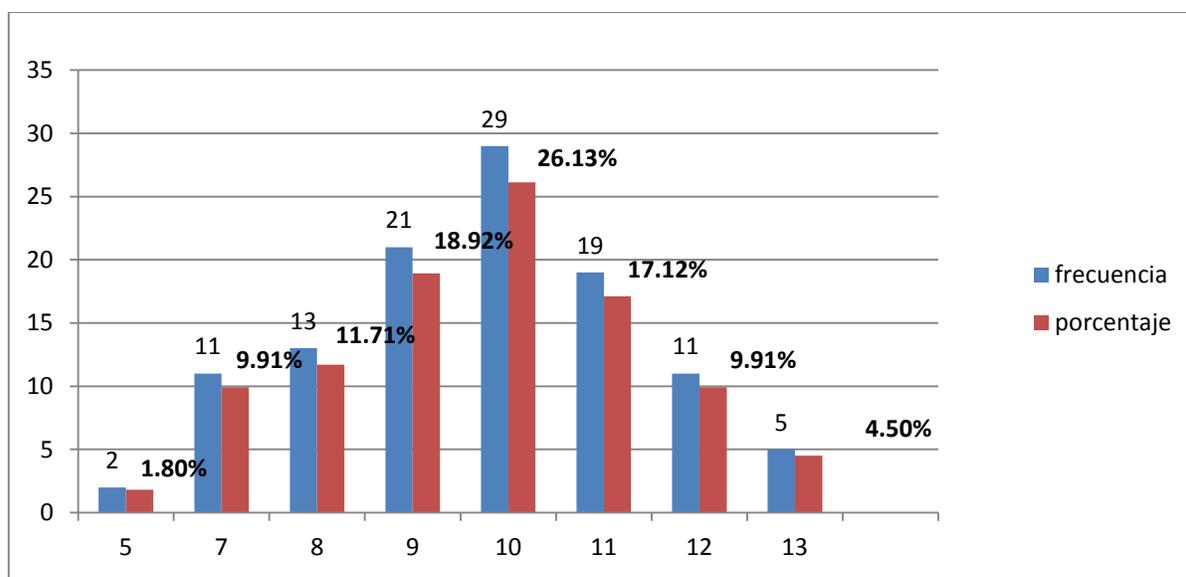
4.1. Análisis e interpretación de los resultados

4.1.1. Cuadros y gráficos de la ficha de observación realizada a los pacientes pediátricos de las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CUADRO Y GRÁFICO N°1

EDAD

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
5	2	1,80
7	11	9,91
8	13	11,71
9	21	18,92
10	29	26,13
11	19	17,12
12	11	9,91
13	5	4,50
TOTAL	111	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los pacientes atendidos de las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez

ANÁLISIS E INTERPRETACION

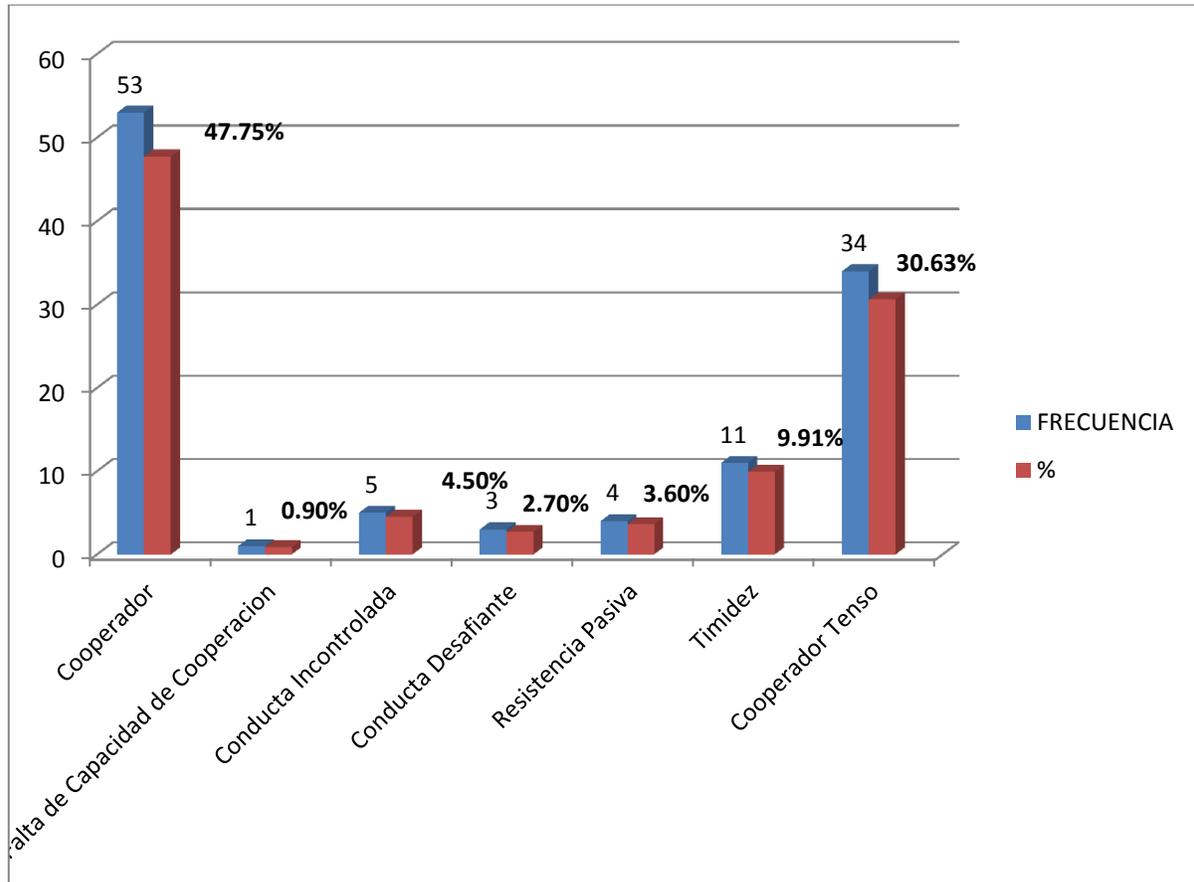
En los resultados obtenidos a través de las fichas de observación realizadas a los pacientes pediátricos de las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se demuestra que de 111 pacientes que corresponden al 100%, 29 pacientes que corresponde al (26.13%) presentan una edad de 10 años, 21 pacientes que son el (18.92%) son de 9 años, 19 pacientes que es el (17,12%) tienen una edad de 11 años, 13 niños de 8 años que representan el (11,71%), 11 niños que son el (9.91%) son de la edad de 7 años, 5 niños que son el (4,50%) tienen una edad de 13 años y 2 pacientes de 2 años que corresponde al (1.80%).

Según María Jiménez¹⁴, dice, que la edad, ansiedad y conducta están relacionadas, el comportamiento de los niños tiene una relación directa a la edad de estos y mientras menor es su edad, es más grande el nivel de ansiedad y su conducta no viene a ser la apropiada por lo que es importante saber manejar y motivar a los diferentes grupos de edades porque no a todos se los va a generalizar y se los va a tratar de igual manera. (Jiménez, 2012, p. 17)

Conforme al estudio realizado y que tiene relación a pacientes pediátricos, se establece claramente que el porcentaje de niños que son atendidos tienen una edad 10 años que representan a un (26,13%), ya que ellos tienen mayor captación para atender las indicaciones que le da el estudiante y también porque es una edad en la que el tratamiento puede resultar satisfactoriamente.

CUADRO Y GRÁFICO N° 2
COMPORTAMIENTO DEL NIÑO:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Cooperador	53	47.75
Falta de Capacidad de Cooperación	1	0.90
Conducta Incontrolada	5	4.50
Conducta Desafiante	3	2.70
Resistencia Pasiva	4	3.60
Timidez	11	9.91
Cooperador Tenso	34	30.63
TOTAL	111	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los pacientes atendidos de las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En los resultados obtenidos a través de las fichas de observación realizadas a los pacientes pediátricos de las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se demuestra que de 111 pacientes que corresponden al 100%, 53 pacientes que corresponden al 47.75% que colaboraron de una manera satisfactoria, 34 pacientes que es el 30.63% actuaron de una manera tensa, 11 pacientes son el 9.91% presentaron timidez, 5 pacientes que corresponden al 4.50% que tuvieron una conducta incontrolada, 4 pacientes que corresponden al 3.60% que actuaron con resistencia pasiva, 3 pacientes que corresponden al 2.70% que presentaron una conducta desafiante, y 1 paciente que corresponde al 0.90% presentó una falta de cooperación total.

Según Jiménez María manifiesta que los niños en su gran mayoría tienden a ser colaboradores, en estos casos el profesional deberá tomar el procedimiento necesario para que esta conducta sea reforzada; caso contrario, esta deberá modificarse y controlarse. La manera de asumir los miedos es la que determina el tipo de paciente más no la ansiedad, por lo que debemos tener en cuenta si es su primera visita al odontólogo. (Jiménez, 2012,p. 28)

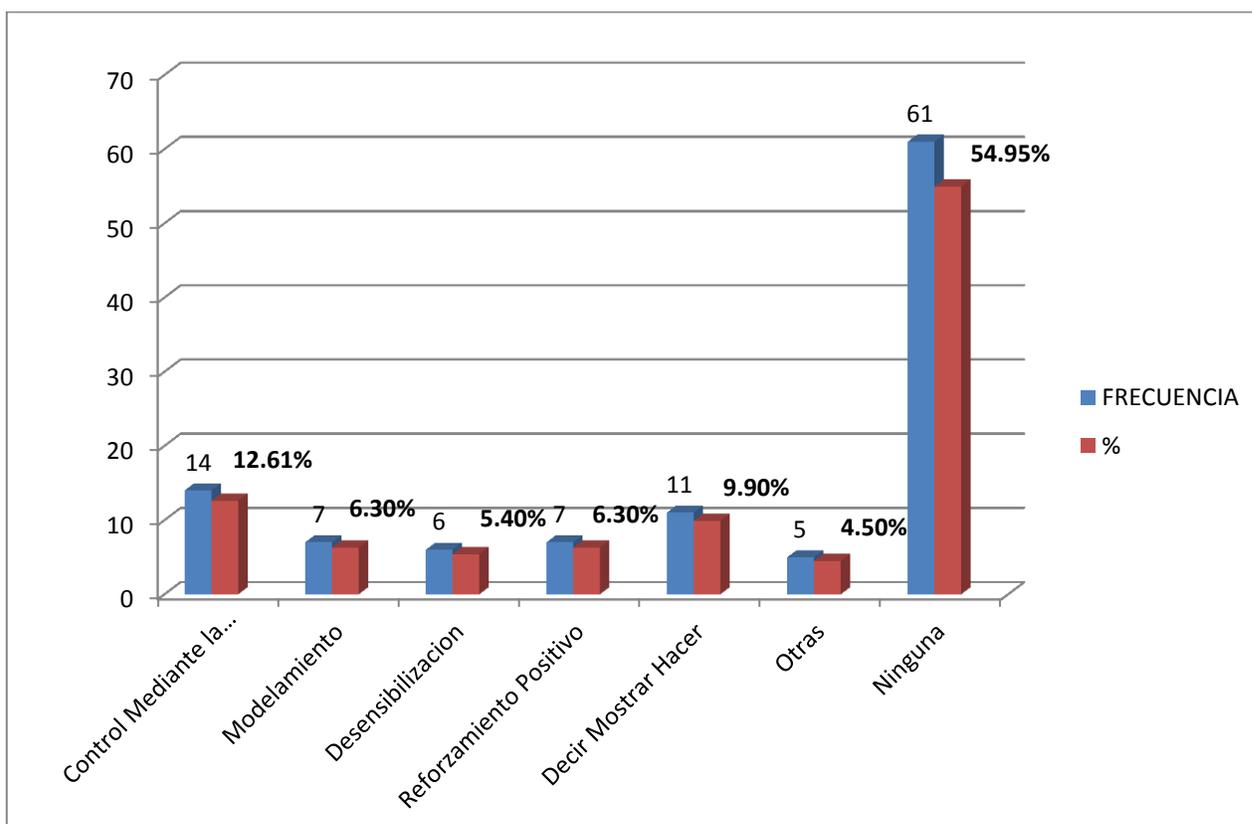
Conforme al estudio realizado y que tiene relación a pacientes pediátricos, se establece claramente que el porcentaje de pacientes colaboradores es un porcentaje considerable y los que no colaboran de una forma satisfactoria pueden hacer difícil el

manejo de sus conductas y esto puede hacer que los pacientes no colaboren y no quieran regresar a la siguiente cita.

CUADRO Y GRÁFICO N°3

TECNICAS DE MANEJO:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Control Mediante la Voz	14	12.61
Modelamiento	7	6.30
Desensibilización	6	5.40
Reforzamiento Positiva	7	6.30
Decir Mostrar Hacer	11	9.90
Otras	5	4.50
Ninguna	61	54.95
TOTAL	111	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los pacientes atendidos de las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 3, a través de los datos obtenidos, se observó que de 111 pacientes que corresponden al 100%, en 61 pacientes que corresponden al 54.95% de estudiantes que no emplean técnicas de manejo con sus pacientes, 14 estudiantes que corresponden al 12.61% que aplicaron la técnica de manejo de control mediante la voz, 11 estudiantes que corresponden al 9,90% que utilizaron la técnica de Decir – Mostrar – Hacer, 7 estudiantes que corresponden al 6.30% que utilizaron la técnica de modelamiento, 7 estudiantes que corresponden al 6.30% utilizaron la técnica de reforzamiento positivo, 6 estudiantes que corresponden al 5.40% utilizaron la técnica de desensibilización y 5 estudiantes que corresponden al 4.50% utilizaron otras técnicas de manejo.

Según Cárdenas Darío, dice lo siguiente; Es importante llegar a entender los procesos del individuo en las diferentes etapas de su vida, tomando en cuenta que los mayores cambios en su organismo se dan en los primeros años, en el aspecto físico, cognoscitivo y psicosocial; por lo tanto resulta imprescindible encontrar el tratamiento adecuado para el manejo del paciente en la etapa en la que se encuentre el niño, debido a que su crecimiento y desarrollo está sujeto a factores del individuo, al estado ambiental en el que se encuentra su entorno familiar, siendo necesario el conocimiento de su estado socio cultural para tener un cuadro perfecto del problema, sin escatimar tiempo para esto.

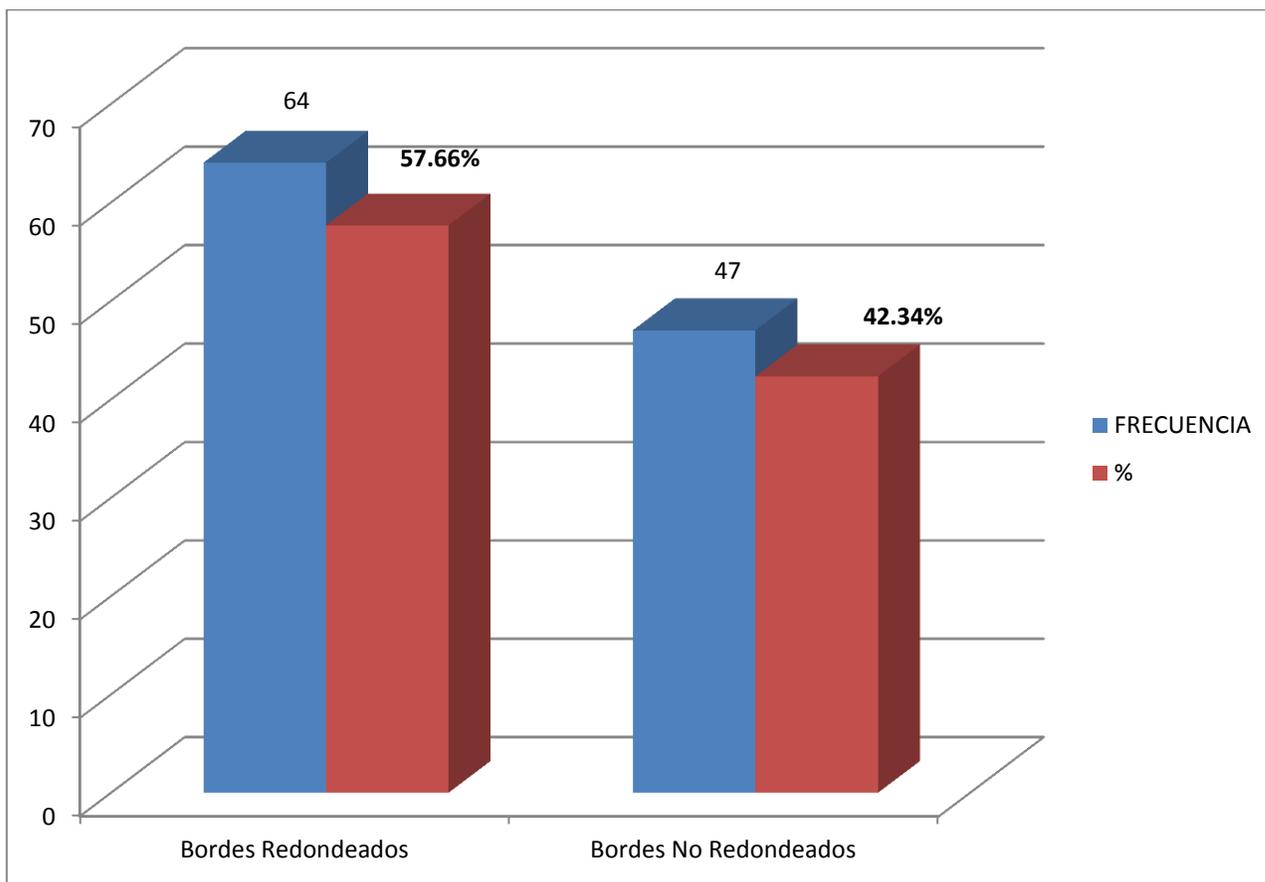
Las diferentes técnicas de guía de la conducta han sido tratadas por los odontopediatras, con la finalidad de llevar de forma segura el tratamiento odontológico de los pacientes niños, para poder obtener mejores resultados al momento de la colaboración en la consulta y poder realizar el tratamiento si ninguna complicación. (Cárdenas, 2003, p. 22)

Aquí queda demostrado, que un índice elevado de estudiantes, no ha empleado las técnicas adecuadas en el tratamiento de sus pacientes, lo cual puede considerarse como un factor determinante para que el niño quiere regresar a la consulta.

CUADRO Y GRÁFICO N°4

ACABADO DE LOS BORDES DE LA APARATOLOGIA:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Bordes Redondeados	64	57.66
Bordes No Redondeados	47	42.34
TOTAL	111	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los pacientes atendidos de las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N^o 4 de los datos obtenidos de las fichas de observación realizada a 111 pacientes que corresponden al 100%, el 64 pacientes que corresponden al 57.66% presentan su aparatologías con bordes redondeados, 47 pacientes que corresponden al 42.34% presentan sus aparatologías con bordes no redondeados.

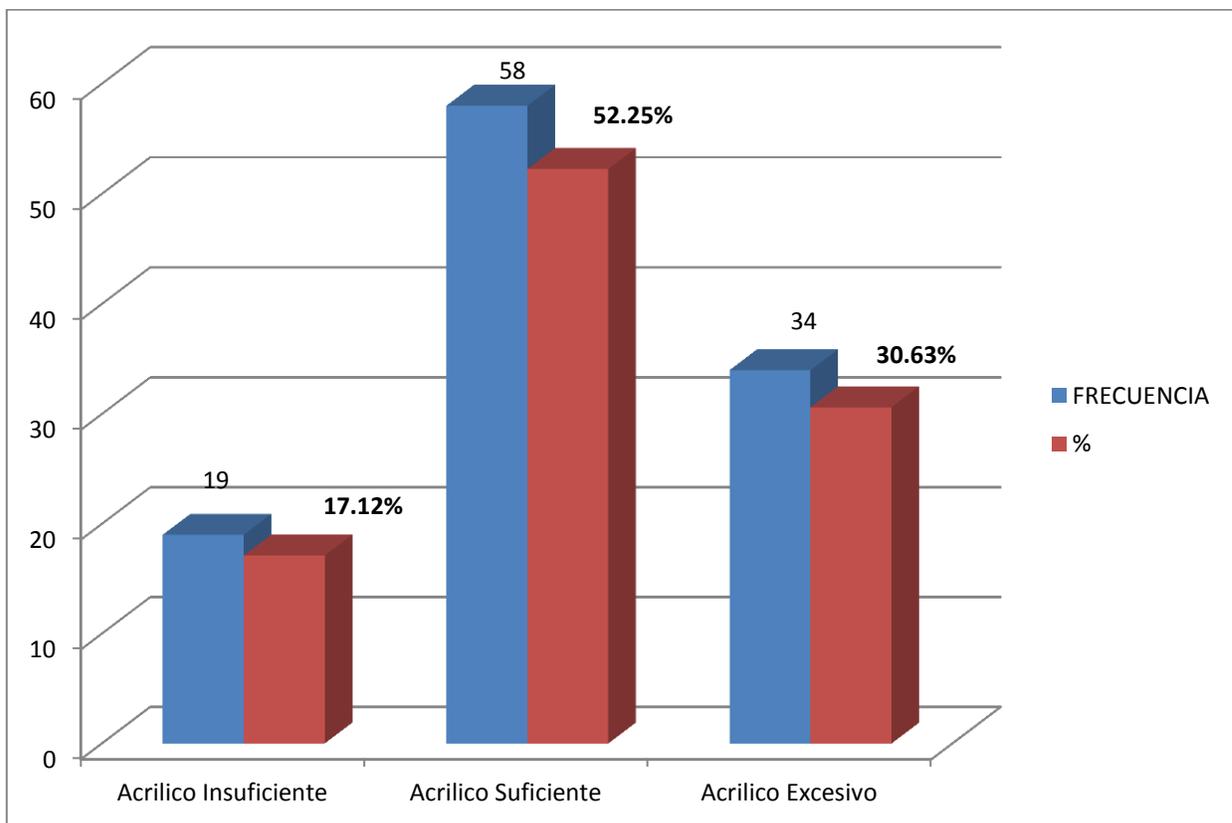
Según Gurkeerat dice que los fracasos en la ortodoncia removible son:

La conformidad del paciente es el éxito de este tratamiento y su colaboración es importante para obtener resultados satisfactorios. La conformidad del paciente se mejora dando una buena adaptación de la aparatología un buen diseño de la misma y las respectivas indicaciones. (Gurkeerat, 2009, p. 446).

Conforme lo demuestran los resultados, es importante manifestar que existe un porcentaje alto 57.66% de pacientes con aparatologías con bordes redondeados mayor a aquellos 42.34% que presentan sus aparatologías con bordes no redondeados lo cual permite mantener tejidos blandos sanos y que el niño quiera volver a la siguiente cita

CUADRO Y GRÁFICO N°5
ACRÍLICO DE LA APARATOLOGIA:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Acrílico Insuficiente	19	17.12
Acrílico Suficiente	58	52.25
Acrílico Excesivo	34	30.63
TOTAL	111	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los pacientes atendidos de las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los resultados obtenidos mediante las fichas de observación hecha a 111 pacientes que corresponden al 100%, 58 pacientes que corresponden al 52.25% presentaron en sus aparatologías que el grosor del acrílico se encuentra de manera suficiente, 34 pacientes que corresponden al 30.63% que presento un grosor de acrílico excesivo, 19 pacientes que corresponden al 17.12% presentaron en sus aparatologías acrílico insuficiente.

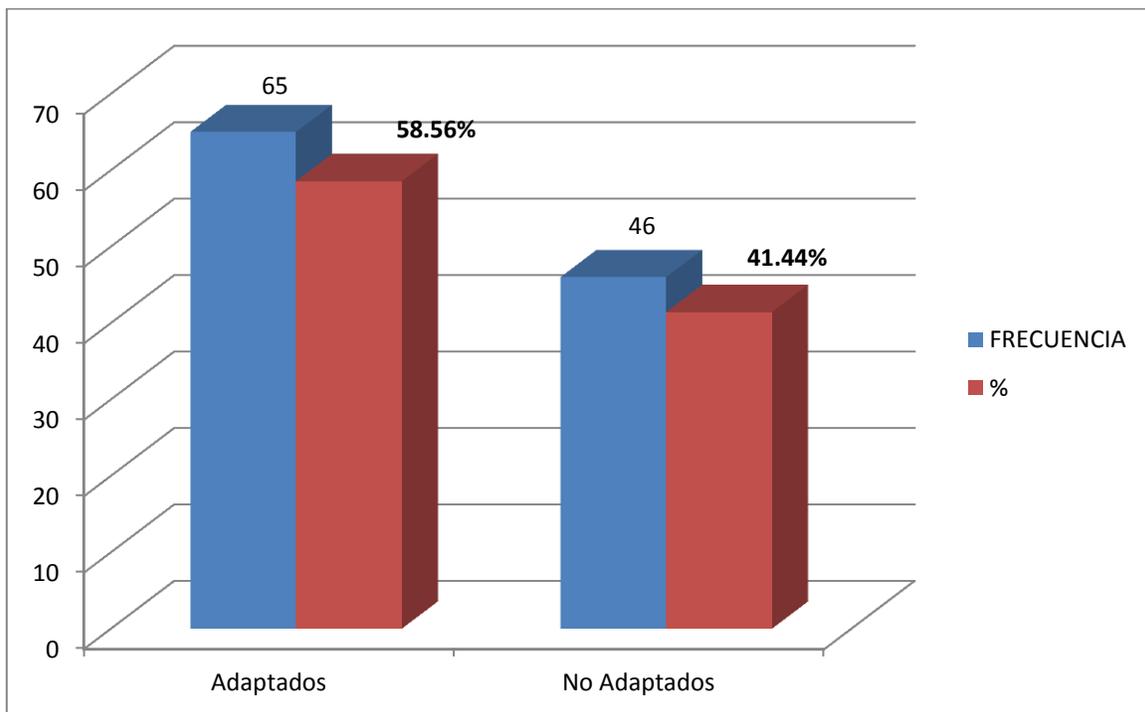
Gurkeerat dice que en el momento en el que el aparato es instalado debe ser probado varios puntos:

Antes de colocar el aparato, el odontólogo debe realizar por algunos minutos si la aparatología no tiene alguna rugosidad que podría causar irritación de la mucosa bucal y que los bordes estén redondeados y alisados. (Gurkeerat, 2009,p. 446)

Aquí queda demostrado que en la mayoría de los pacientes, el grosor del acrílico en sus aparatologías es suficiente, en tanto que porcentajes menores se presentaron con acrílicos excesivos o insuficientes lo cual va hacer que los tejidos blandos no sé irriten.

CUADRO Y GRÁFICO N°6
GANCHOS DE LA APARATOLOGIA:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Adaptados	65	58.56
No Adaptados	46	41.44
TOTAL	111	100



Fuente: Ficha de observación realizada a los pacientes atendidos de las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 6, los resultados obtenidos de la investigación al observar la adaptación de los ganchos en 111 pacientes investigadas que corresponde al 100%, nos dio que 65 aparatologías que corresponden al 58.56% presentaban una correcta adaptación de los ganchos, mientras que 46 aparatologías que corresponden al 41.44% no presentaban una correcta adaptación de los ganchos.

Gurkeerat dice que en el momento en el que el aparato es instalado debe ser probado varios puntos:

Una vez que se encuentre el aparato adaptado en boca es importante verificar los componentes activos y de retención. Los alambres no deben causar daños a la mucosa o algún tejido blando y deben adaptarse a la perfección en los dientes. (Gurkeerat, 2009, p. 446)

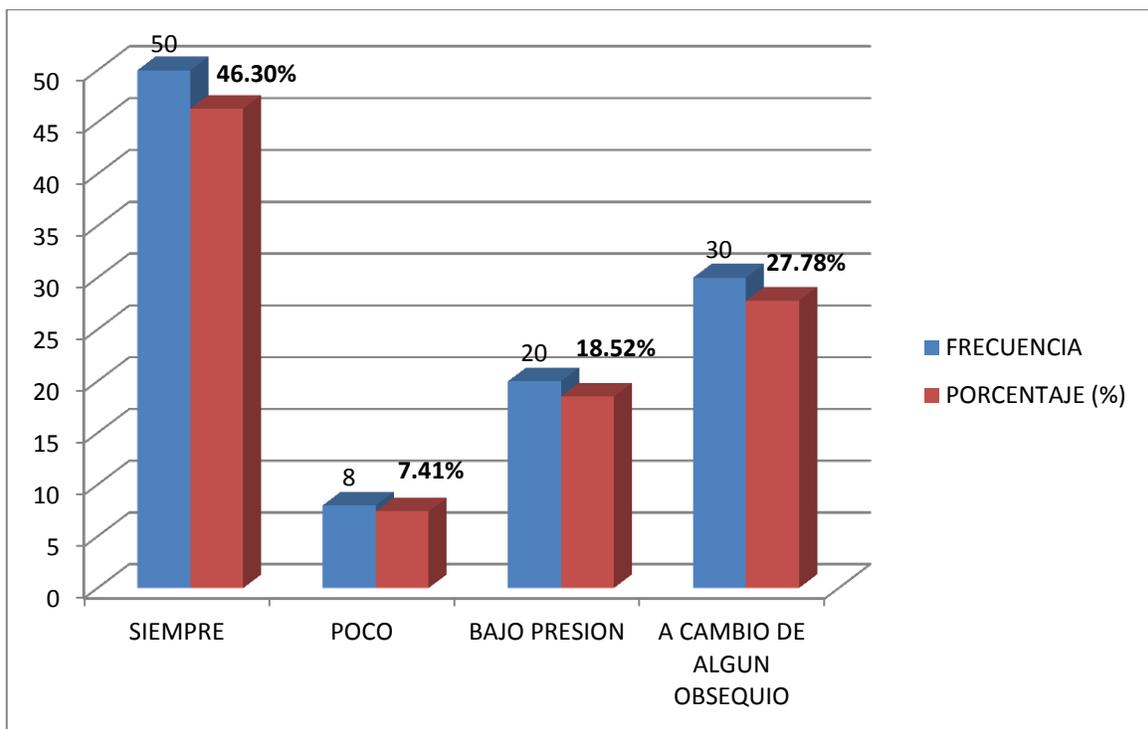
Se puede establecer claramente, que la mayoría de pacientes presentan los alambres de las aparatologías correctamente adaptadas a sus dientes, lo cual da por hecho va a evitar que los tejidos blandos sufran algún daño y el niño colabore con ponerse la aparatología que es el éxito en esa clase de tratamientos.

Encuesta realizada a los estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad san Gregorio de Portoviejo.

CUADRO Y GRÁFICO N°1

EL NIÑO AL MOMENTO DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA COLABORA:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Siempre	50	46.30
Poco	8	7.41
Bajo Presión	20	18.52
A cambio de algún obsequio	30	27.78
TOTAL	108	100



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y grafico N° 1 se puede apreciar que los 108 estudiantes encuestados, 50 estudiantes que corresponden al 46,30% dijeron que los niños colaboran siempre, 8 estudiantes que son el 7,41 % dijeron que los niños colaboran poco, 20 estudiantes que corresponden al 18,52 % dijeron que los niños colaboran bajo presión, 30 estudiantes que corresponde al 27,78% dijeron que los niños colaboran a cambio de algo.

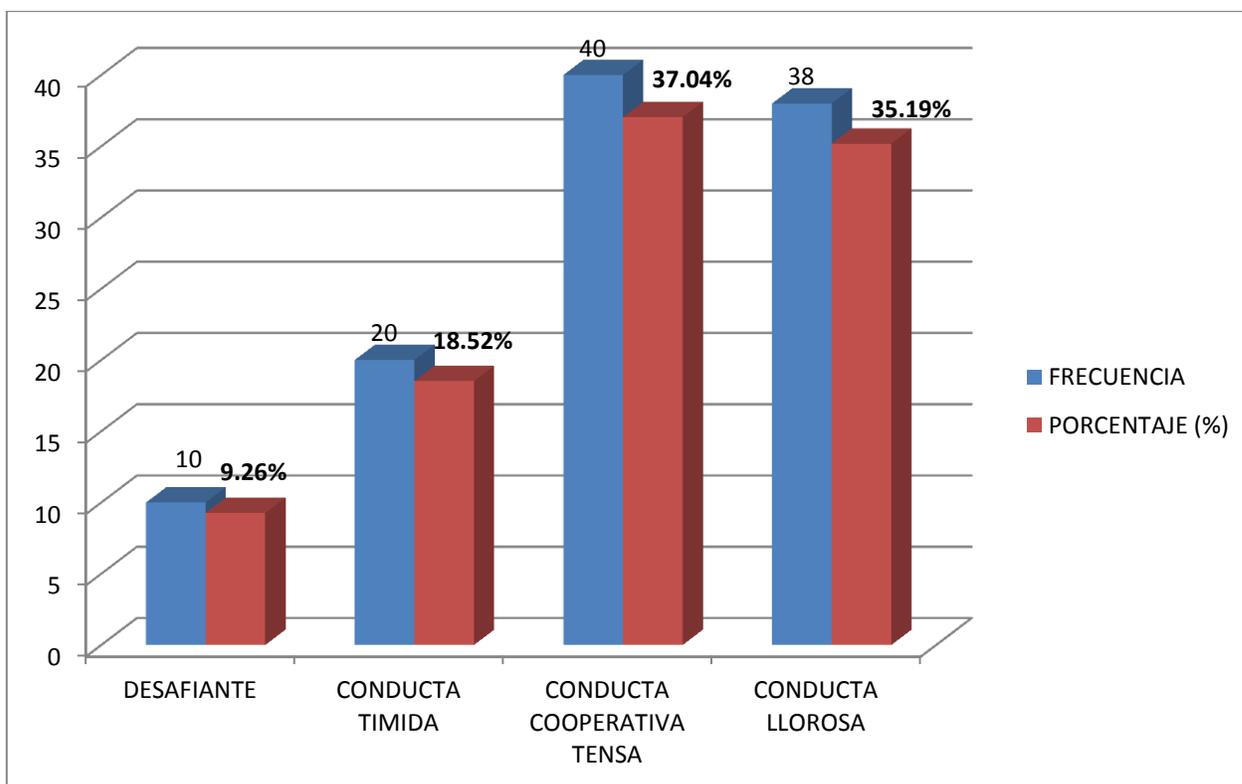
Según Esequiel Rodríguez dice que la colaboración en el tratamiento de ortodoncia removible es primordial para obtener resultados exitosos, en el tratamiento ya que sin la cooperación de ellos no se va obtener resultados. En lo que es ortodoncia removible el éxito de dicho tratamiento esta dado casi al 100% de la colaboración del paciente. Para que el paciente coopere es necesario mostrarle las diferentes alternativas y dejarle en claro que la estrategia escogida es la más adecuada para él. Los aparatos que son más aceptables por el paciente nos va ayudar a que la cooperación sea un problema menos a la colaboración durante el tratamiento y que el resultado sea más satisfactorio. (Rodríguez, 2011, p. 27.)

Como resultado de las encuestas realizadas a los estudiantes, la mayor parte de estos se pronuncian porque los niños pacientes dan problemas en esta clase de tratamientos, lo que dificulta la labor del tratante.

CUADRO Y GRÁFICO N°2

¿CUAL DE ESTAS CONDUCTAS CREE USTED QUE ES EL MAS COMPLEJO PARA EL ODONTOLOGO?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Desafiante	10	9.26
Conducta Tímida	20	18.52
Conducta Cooperativa Tensa	40	37.04
Conducta Llorosa	38	35.19
TOTAL	108	100



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y grafico N° 2 se observó que 108 estudiantes encuestados, 10 de los estudiantes que corresponden al 9,26% dijeron que la conducta desafiante es la más difícil para trabajar, 20 estudiantes que es el 18,52 % dijeron que la conducta llorosa es la más compleja, 40estudiantes que son el 37,04% dijeron que la conducta cooperativa tensa es la más difícil, 38 estudiantes que es el 35,19% dijeron que la tímida la conducta más compleja.

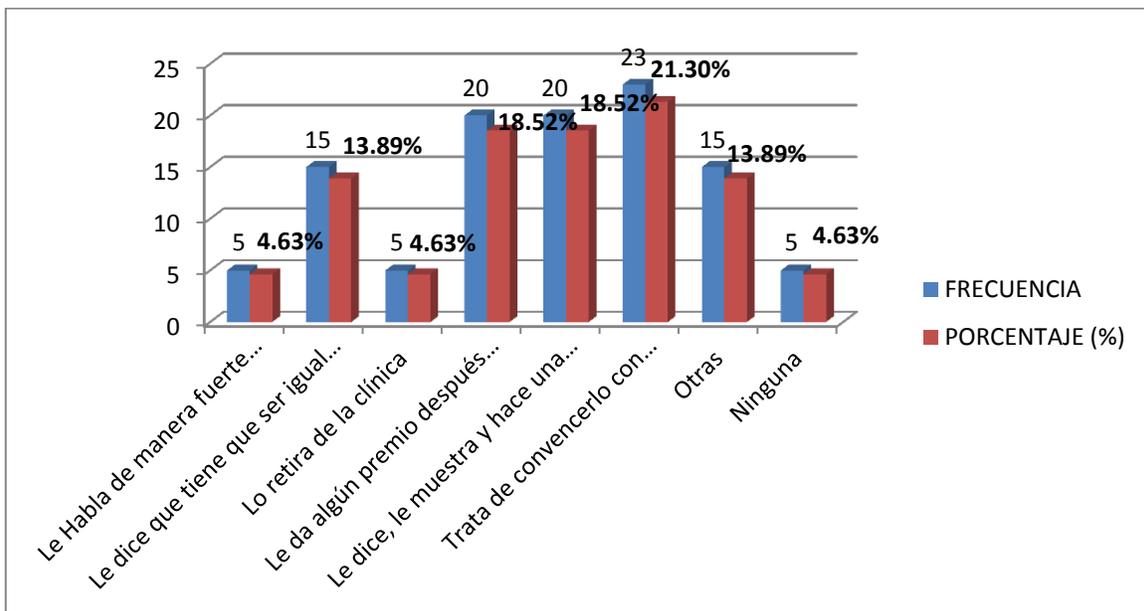
Según Jiménez María manifiesta que los niños en su gran mayoría tienden a ser colaboradores, en estos casos el profesional deberá tomar el procedimiento necesario para que esta conducta sea reforzada; caso contrario, esta deberá modificarse y controlarse. La manera de asumir los miedos es la que determina el tipo de paciente más no la ansiedad, por lo que debemos tener en cuenta si es su primera visita al odontólogo. (Jiménez, 2012, p. 28)

De conformidad a lo manifestado por los estudiantes, la mitad de estos se pronuncia en el sentido de que la actitud del niño paciente (lloro), resulta la más complicada en el tratamiento; otras causas pero en menor porcentaje dificultan también el tratamiento.

CUADRO Y GRÁFICO N°3

¿QUE HACE USTED CUANDO EL NIÑO NO COLABORA EN LA CONSULTA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Le Habla de manera fuerte para que colabore	5	4.63
Le dice que tiene que ser igual que el niño que está siendo atendido con otro compañero	15	13.89
Lo retira de la clínica	5	4.63
Le da algún premio después de cada cita	20	18.52
Le dice, le muestra y hace una pequeña mímica del tratamiento a realizar	20	18.52
Trata de convencerlo con algún obsequio (Soborno)	23	21.30
Llama al representante	15	13.89
Nada	5	4.63
TOTAL	108	100



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 3 en las encuestas realizadas a los estudiantes se observo que de 108 estudiantes encuestados, 5 estudiantes que corresponden al 4.63% le hablan de una manera fuerte, 15 estudiantes (13,89%) dijeron q le dicen que tienen que comportarse como su compañero que es atendido, 5 estudiantes que son el 4.63% lo retiran de la clínica, 20 estudiante que es el 18,52% lo premian después de cada cita, 20 estudiantes que corresponden al 18,52% le dicen y muestran lo que le van hacer al niño, 23 estudiantes que es el 21,30% lo tratan de convencer con algún obsequio, 15 estudiantes que son el 13,89% optan por llamar a los papas del niño o representante y 5 estudiantes que son el 4,63% no hacen nada cuando el niño no colabora.

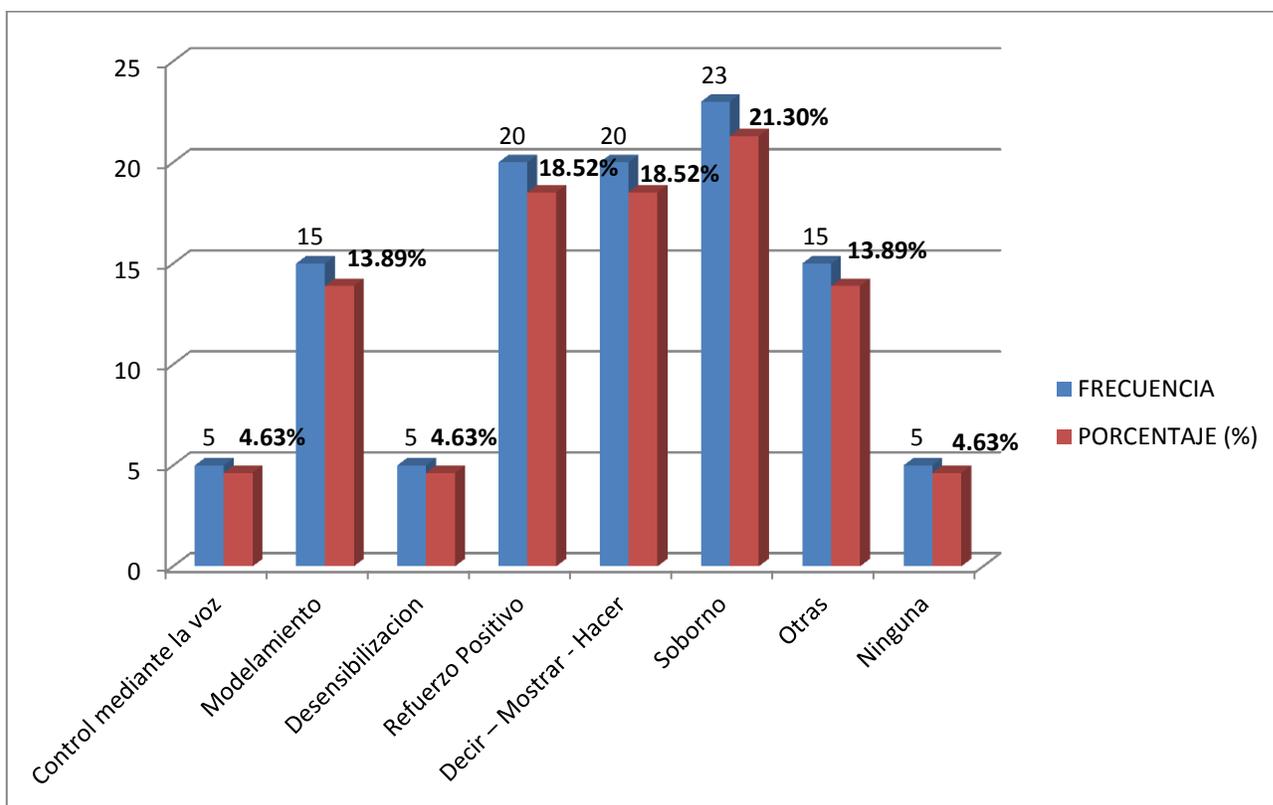
Bordoni dice que por lo regular, cuando los niños durante su atención reciben una conducción adecuada, su comportamiento es satisfactorio y resulta favorable para los procedimientos odontológicos. Pero algunas ocasiones y debido a varios factores, pueden presentar comportamientos y reacciones que requieran de una atención especial por parte del profesional. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 91)

Cuando existen problemas del niño paciente, el resultado obtenido de las encuestas nos llevan a determinar que la mayoría de estudiantes opta por convencer al paciente para poder continuar con el tratamiento; hay otras opciones que ocupan menores porcentajes.

CUADRO Y GRÁFICO N°4

¿QUE TECNICA UTILIZA EN EL MANEJO DEL PACIENTE?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Control mediante la voz	5	4.63
Modelamiento	15	13.89
Desensibilización	5	4.63
Refuerzo Positivo	20	18.52
Decir – Mostrar - Hacer	20	18.52
Soborno	23	21.30
Otras	15	13.89
Ninguno	5	4.63
TOTAL	108	100



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y grafico N° 4 mediante las encuestas obtenidas realizadas a los estudiantes dio como resultado que 23 estudiantes que corresponden al 21,30% dicen que utilizan la técnica del soborno, 20 estudiantes que corresponden al 18,52% dijeron que utilizan la técnica de Decir- Mostrar – Hacer, 20 estudiante que corresponde al 18,52% utilizan la técnica de reforzamiento positivo, 15 estudiantes que corresponden al 13,89% dijeron que utilizan modelamiento, 15 estudiante que corresponde al 13,89% dice que utiliza otras técnicas, 5 estudiantes que corresponden al 4,63% no utilizan las técnicas de manejo del paciente pediátrico, 5 estudiantes que es el 4.63% utiliza la técnica de control mediante la voz, 5 estudiantes que el 4.63% aplica la técnica de desensibilización.

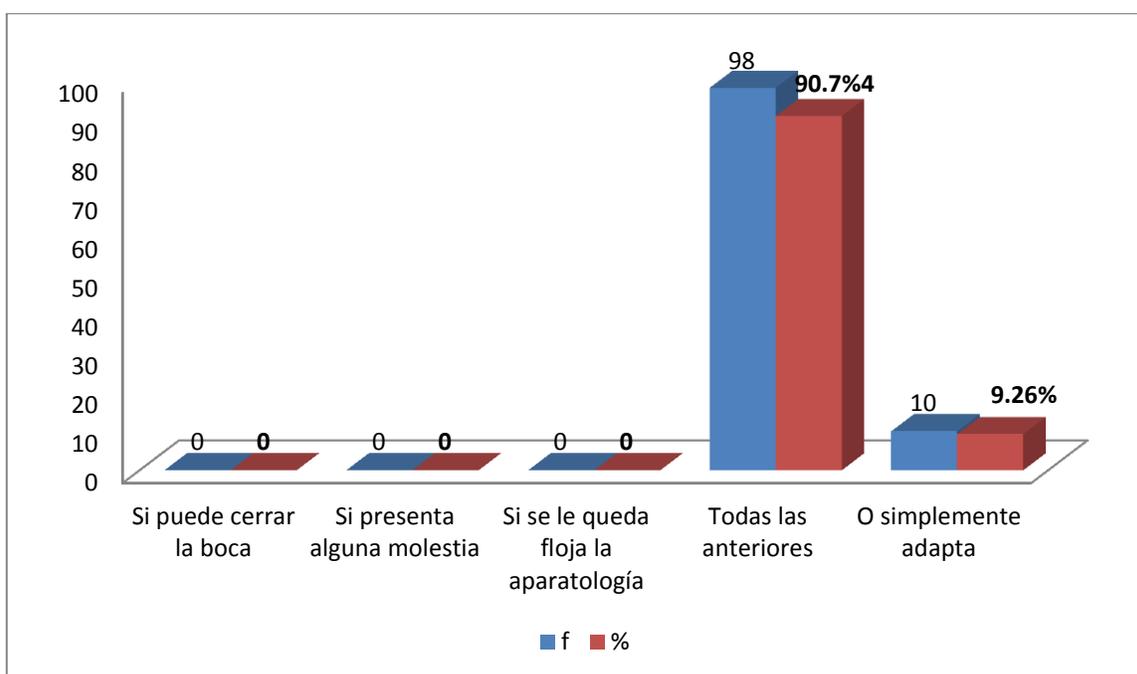
Según Bordoni dice, que al momento de la consulta no colabore con el profesional y no se pueda dar el tratamiento, por lo que es imprescindible mantener una comunicación que genere confianza, esto se puede lograr cuando el profesional aplique las técnicas de manejo del paciente pediátrico adecuadas para cada caso ya que no todos los niños tienen los mismos miedos. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 34)

En las encuestas realizadas una mayoría de estudiantes se inclina por la no aplicación de técnica alguna en el tratamiento de sus pacientes, esto a pesar de que existen varias técnicas aplicables y que son usadas por otros estudiantes encuestados.

CUADRO Y GRÁFICO N°5

¿CUANDO USTED ADAPTA LA APARATOLOGIA, LE PREGUNTA AL PACIENTE?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si puede cerrar la boca	0	0
Si presenta alguna molestia	0	0
Si se le queda floja la aparatología	0	0
Todas las anteriores	98	90.74
O simplemente adapta	10	9.26
TOTAL	108	100



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 5 se pudo observar que de 108 estudiantes encuestados, 98 de ellos que corresponden al 90.74% eligieron la alternativa de todas las anteriores, 10 estudiantes que es el 9,26% simplemente adapta.

Gurkeerat dice que en el momento en el que el aparato es instalado debe ser probado varios puntos:

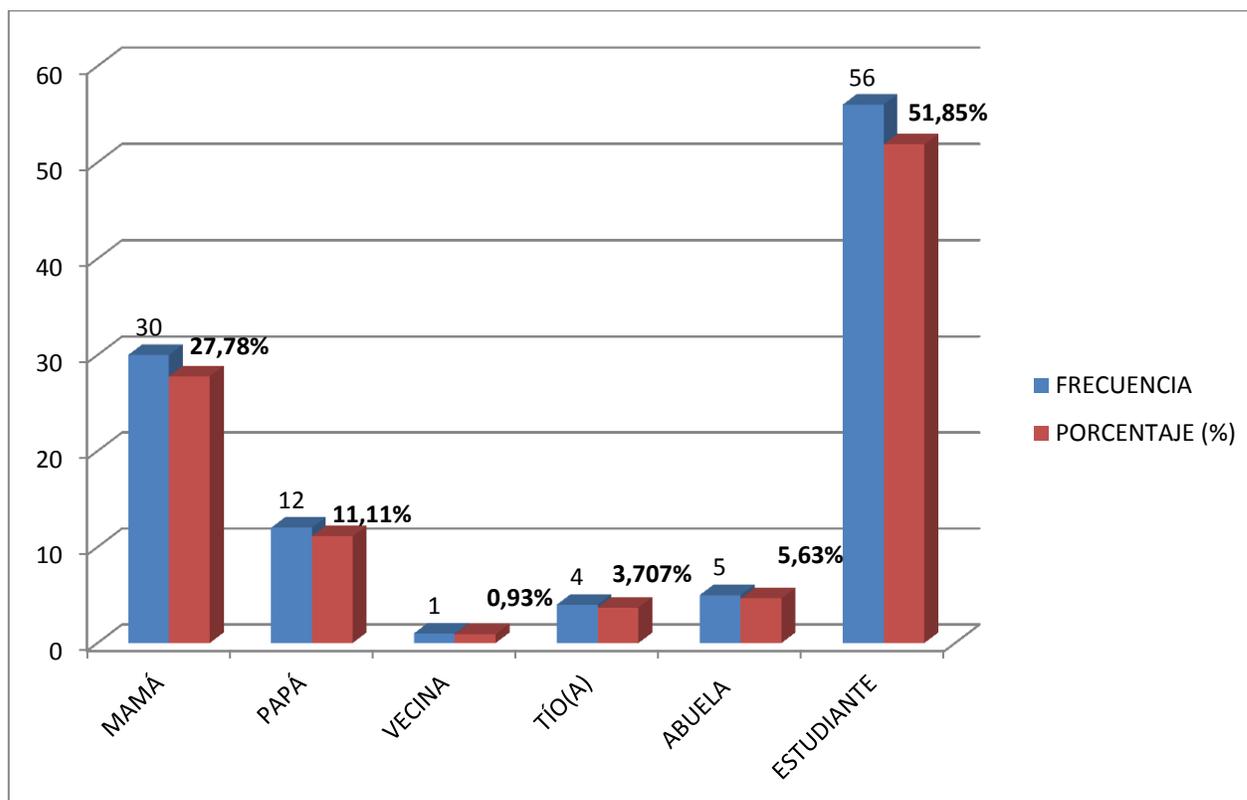
- Antes de colocar el aparato, el odontólogo debe realizar por algunos minutos si la aparatología no tiene alguna rugosidad que podría causar irritación de la mucosa bucal y que los bordes estén redondeados y alisados.
- Una vez que se encuentre el aparato adaptado en boca es importante verificar los componentes activos y de retención. Los alambres no deben causar daños a la mucosa o algún tejido blando y deben adaptarse a la perfección en los dientes. (Gurkeerat, 2009, p. 446)

En este aspecto, la mayoría de estudiantes encuestados se manifiesta por la utilización de todas las alternativas en el tratamiento de sus pacientes; considerando que esto les facilitará su labor ya que así aseguran el regreso de los pacientes a la siguiente cita.

CUADRO Y GRÁFICO N°6

¿EL NIÑO CON QUIEN LLEGA A LA CONSULTA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mamá	30	27,78
Papá	12	11,11
Vecina	1	0,93
Tía(0)	4	3,70
Abuela	5	5,63
Estudiante	56	
TOTAL	108	100



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° se observó que en 108 estudiantes encuestados que corresponden al 100%, 12estudiantes que corresponden al 11,11% dijeron que los pacientes llegan con el papa, 30 estudiantes que corresponden al 27,78% dijeron que sus pacientes llegan con la mama, 4 estudiantes que corresponden al 3,70% dijeron que los pacientes llegan con el tío, 56 estudiantes que corresponden al 51,85% % dijeron que sus pacientes llegan a la consulta con ellos, 5 estudiantes que es el 4,63% dijeron que sus pacientes llegan con la abuela y 1 estudiante que es el 0,93% dijo que llegaba con la vecina.

En el tratamiento de un niño las decisiones no pueden ser tomadas de forma unilateral por el cirujano dentista, son los padres quienes están inmersos directamente y tienen participación en la toma de decisiones relacionadas a los métodos a ser utilizados en el tratamiento de su hijo. El profesional presentará las diferentes opciones y las discutirá con los padres del niño paciente, en conjunto definirán cual debe ser el método apropiado de abordaje del comportamiento para la atención del paciente, luego de analizar detenidamente los pro y los contras. (Nahás, 2009, p. 27)

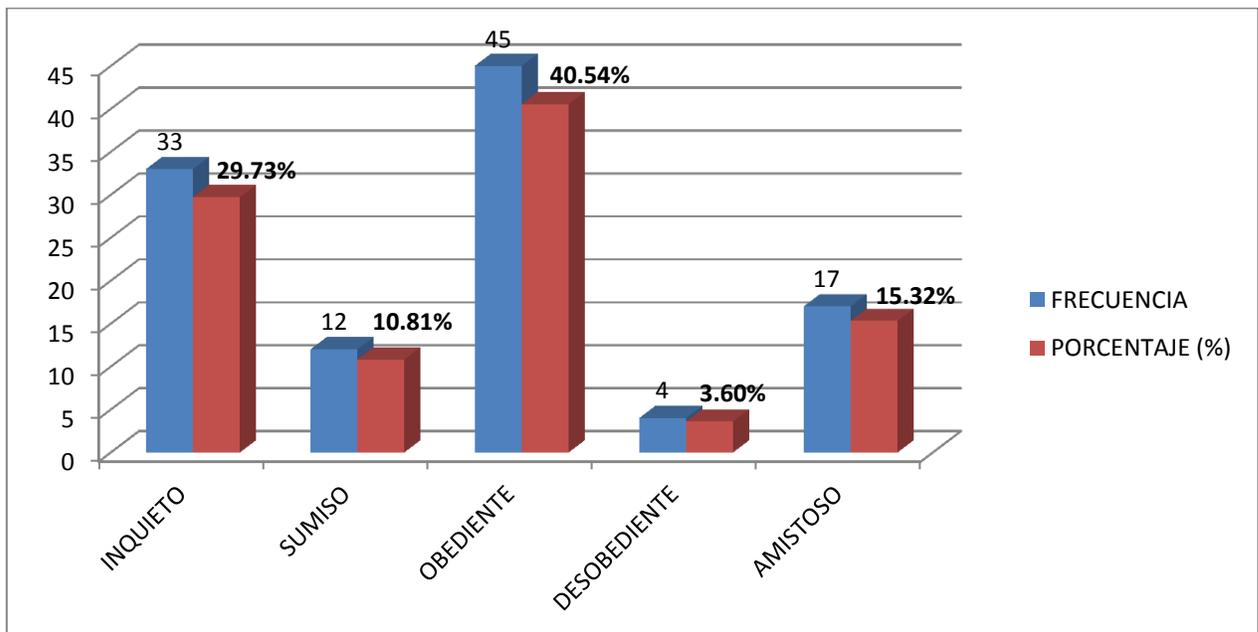
Según los estudiantes, la mayoría de pacientes llegan con ellos a sus tratamientos; un número menor acompañados de sus madres; esto deja en claro la poca colaboración de sus familiares en el tratamiento odontológico de los niños pacientes.

1.1.2. Encuesta realizada a los padres de familia de los niños atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad san Gregorio de Portoviejo.

CUADRO Y GRÁFICO N°1

¿COMO ES EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN CASA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Inquieto	33	29.73
Sumiso	12	10.81
Obediente	45	40.54
Desobediente	4	3.60
Amistoso	17	15.32
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 1 se observó que de 111 padres encuestados, 45 padres que corresponden al 40.54% dicen que sus niños son obedientes, 12 padres que son el 10.81% dicen que sus hijos son sumisos, 4 padres que es el 3.60% dicen que sus niños son desobedientes, 17 padres que corresponden al 15.32% dicen que son amistosos, 33 padres que son el 29.78% dijeron que sus niños son inquietos.

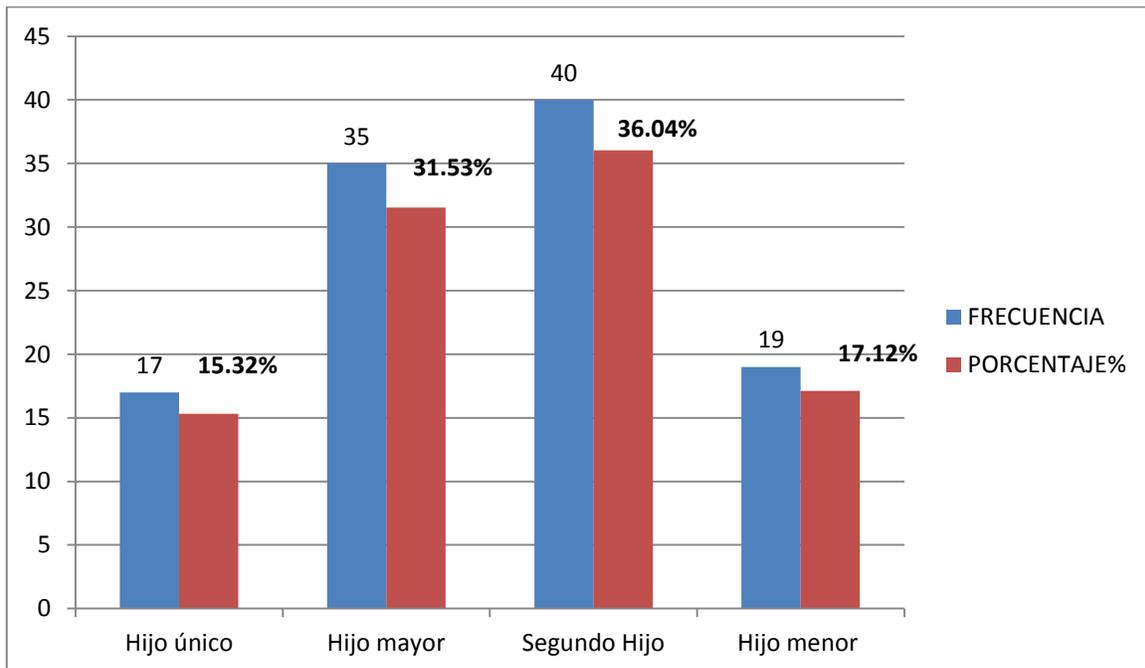
Según una página de internet ¹³, dice, que la calidad del ambiente familiar y las experiencias que viven los niños en él son fundamentales para su desarrollo social y emocional. Como en la infancia se aprende más que en cualquier otra etapa de la vida, los individuos son vulnerables a repetir las acciones que observan durante su niñez, al crecer los niños imitarían la acciones que observaron y experimentaron en su entorno familiar, especialmente de sus padres. (Luna, Brusa, 2004, Recuperado el 12 diciembre, 2012 de <http://www.aepap.org/familia/ambiente.htm>)

Como resultado de las encuestas realizadas a los padres de familia de los pacientes, la mitad de los encuestados se manifiesta en el sentido de que sus hijos son inquietos, considerándose normal por su edad. Hay otros comportamientos pero en menor porcentaje.

CUADRO Y GRÁFICO N°2

¿QUE LUGAR OCUPA SU NIÑO EN EL ORDEN DE NACIMIENTO CON SUS HERMANOS?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Hijo Único	11	9.91
Hijo Mayor	35	31.53
Segundo Hijo	45	40.54
Hijo Menor	20	18.02
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 2 se observó que de 111 padres de familia que corresponden al 100%, 17 padres que corresponden al 15.32% dijeron tener hijo único, 35 padres que corresponden al 31.53% sus hijos que se atienden son los mayores, 40 padres que corresponden al 36.04% sus hijos que son atendidos son los segundos en el orden de nacimiento con sus hermanos, 19 padres que corresponde al 17.12% sus hijos que son atendidos son el hijo menor de acuerdo con el orden de nacimiento con sus hermanos

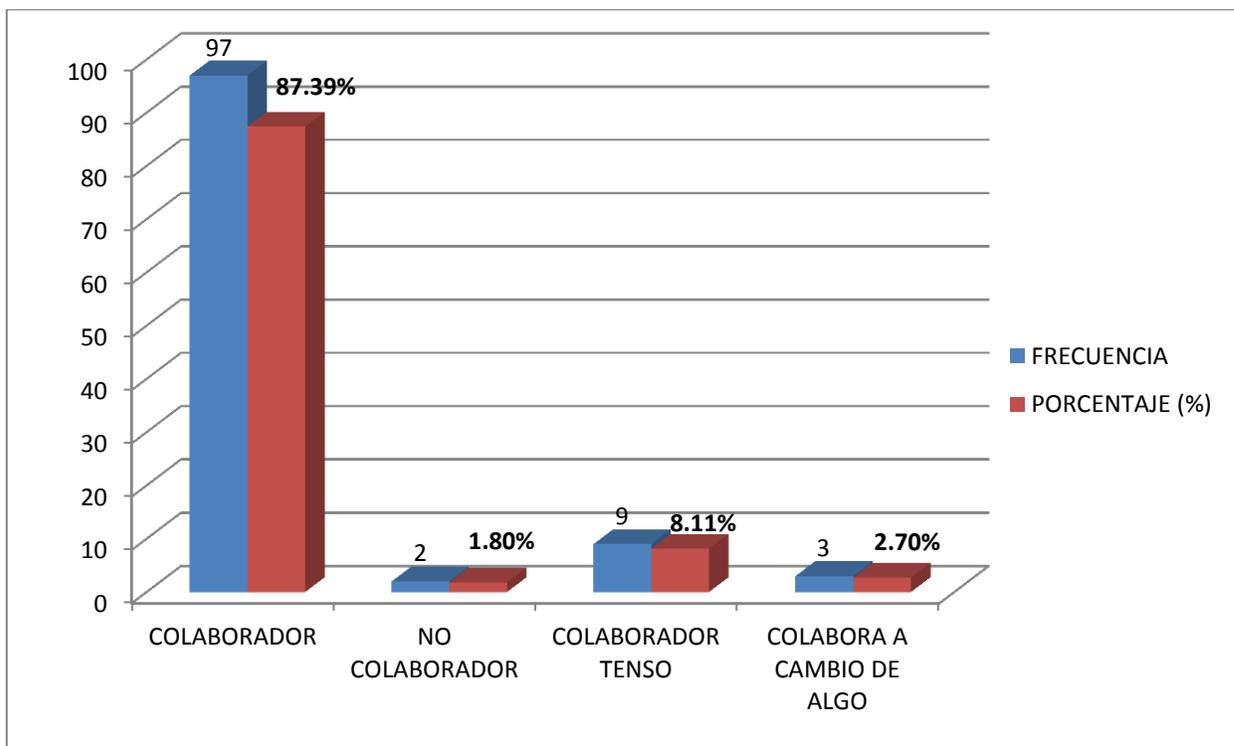
Según una página de internet dice, que las influencias del ámbito familiar no sólo provienen de la relación del niño o la niña con el padre y la madre. La relación entre hermanos es aún más decisiva para el desarrollo de la personalidad del infante. El niño ve a sus hermanos más próximos a él, con intereses y actividades más comunes, los considera un modelo a imitar, también competidores en las atenciones y el afecto del padre y la madre.(Luna, Brusa, 2004,Recuperado el 12 diciembre, 2012 de <http://www.aepap.org/familia/ambiente.htm>)

Conforme a los datos obtenidos a los padres encuestados, el mayor porcentaje de los niños pacientes ocupan en sus hogares el segundo lugar de acuerdo con el orden de nacimiento de los mismos.

CUADRO Y GRÁFICO N°3

¿COMO ES LA CONDUCTA DE SU HIJO CUANDO ES ATENDIDO POR EL ODONTOLOGO?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Colaborador	97	87.39
No Colaborador	2	1.80
Colaborador Tenso	9	8.11
Colabora a cambio de algo	3	2.70
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 3 se observó que de 111 padres encuestados, 97 padres que corresponden al 87.39% dijeron que sus hijos son colaboradores con el odontólogo, 2 padres que corresponde al 1.80% dijeron que sus hijos no colaboran, 9 padres que corresponden al 8.11% dijeron que sus hijos colaboran de una manera tensa, 3padres que corresponden al 2,70% dijeron que sus hijos colaboran a cambio de algo.

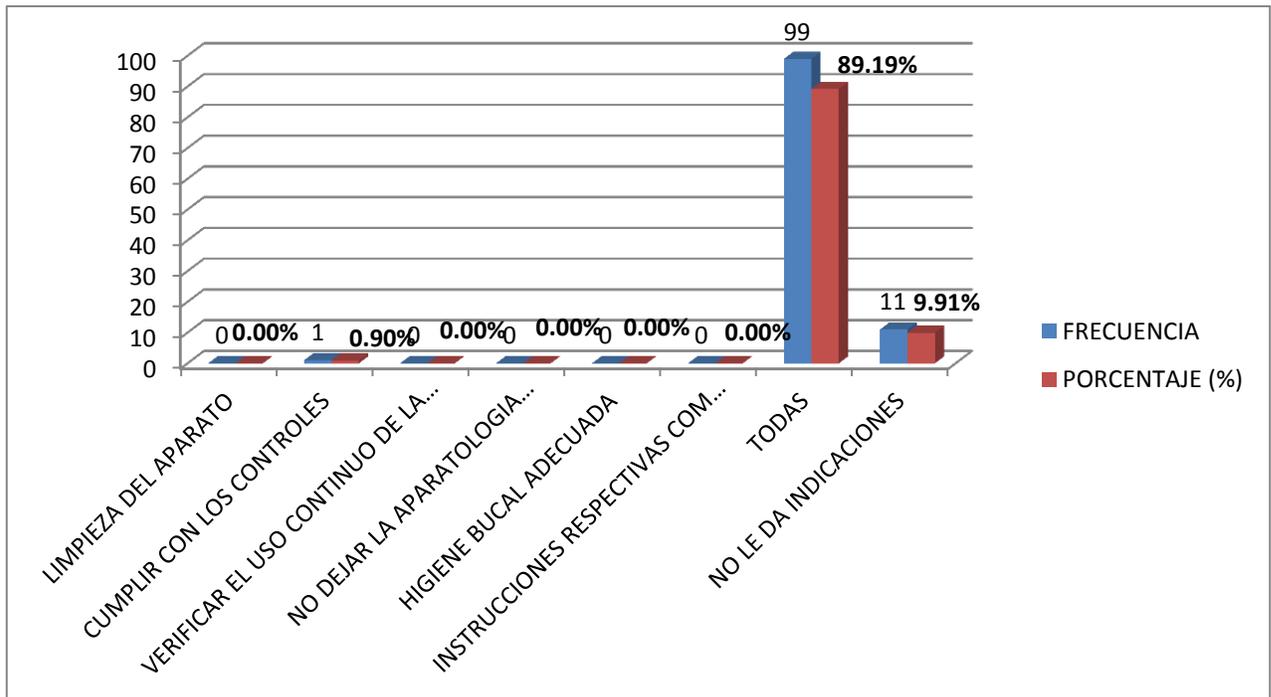
Según Bordoni dice, que se debe crear una buena comunicación con el paciente y con los padres, para poder obtener la confianza de ellos y a si llegar a cumplir con las expectativas que tienen ellos como pacientes y el odontólogo como profesional, la comunicación es la base principal para poder evitar el mal comportamiento del niño durante la visita en el consultorio. (Bordoni, Escobar, Castillo, 2010, p. 93).

En lo relacionado a la conducta de sus hijos durante su tratamiento odontológico, la mayoría de sus padres 87.39 %, consideran a sus hijos colaboradores con en el odontólogo tratante.

CUADRO Y GRÁFICON°4

¿QUE INDICACIONES LE DA EL ODONTOLOGO TRATANTE CON RESPECTO AL TRATAMIENTO?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Limpieza del Aparato	0	0
Cumplir con los Controles	1	0.90
Verificar el uso continuo de la aparatología	0	0
No dejar la Aparatología mucho tiempo fuera de la boca	0	0
Higiene Bucal Adecuada	0	0
Instrucciones Respectivas como Poner o Quitar el Aparato	0	0
Todas	99	89.19
No le da Indicaciones	11	9.91
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 4 se observó que de 111 padres encuestados, 99 padres que corresponden al 89,19% que dijeron que el estudiante tratante le dio todas las indicaciones, 11 padres que es el 9.91%, dijeron que no le dieron indicaciones los estudiante y 1 padre de familia que es el 0.90% indico que el estudiante le pidió cumplir con los controles.

Gurkeerat manifiesta que el éxito del tratamiento de ortodoncia removible es satisfactorio si el paciente sigue las instrucciones meticulosamente. Por lo tanto para obtener éxito debemos contar con el apoyo de los padres a quien debemos orientar con consejos y mediante escrito de lo que se debe y no se debe realizar.

- Se debe dar la indicaciones de insertar y retirar el aparato al paciente con un espejo e insistir que sea manipulado en la parte de los ganchos mas no por la parte del arco.
- El paciente debe ser cumplido con el uso de la aparatología las 24 horas del día y que se la debe retirar solo en el momento de la limpieza bucal, en deportes de contacto físico y natación
- El paciente tiene que tener un alto índice de higiene para evitar la hipocalcificación del esmalte.
- El paciente debe ser educado sobre la limpieza de la aparatología con agua y jabón. Debe tener cautela en la limpieza para evitar doblar algún alambre.
- En caso de molestias el paciente debe presentarse inmediatamente a consulta

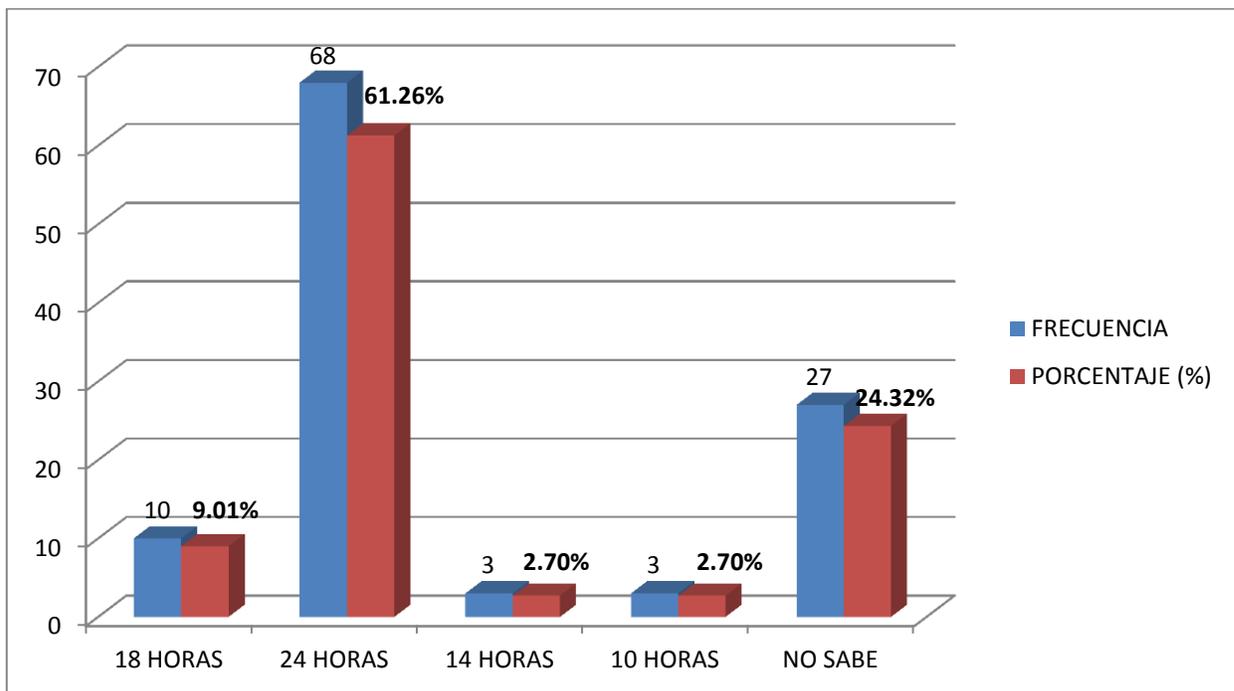
- A pacientes que su aparatología tenga tornillo de expansión se le va a dar las respectivas instrucciones para la activación de este.
- Se debe educar al paciente sobre no dejar el aparato mucho tiempo fuera de boca ya que se puede modificar o dañar.
- Se debe mantener alejando de los animales domésticos. (Gurkeerat, 2009, p.446).

La limpieza del aparato es la principal recomendación del tratante para el éxito del tratamiento, esto se deduce de lo manifestado por los encuestados acerca de las recomendaciones de los estudiantes.

CUADRO Y GRÁFICON°5

¿SABE USTED CUANTAS HORAS EL NIÑO DEBE UTILIZAR LA APARATOLOGIA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
18 Horas	10	9.01
24 Horas	68	61.26
14 Horas	3	2.70
10 Horas	3	2.70
No Sabe	27	24.32
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 5 se observó que de 111 padres encuestados, 10padres que corresponden al 0.01% manifestaron que tienen el conocimiento que la aparatología se debe usar por 18 horas, 68 padres 61.26% indicaron que conocían que el uso de la placa ortodóntica es de 24 horas, 3 padres que corresponden al 2.70% dijeron que el aparato se debe utilizar por 14 horas, 3 padres que corresponden al 2.70% dicen saber que la aparatología se utiliza 10 horas, 27 padres que corresponden al 24.32% indicaron no saber las horas que se debe utilizar la aparatologías.

Gurkeerat manifiesta que el éxito del tratamiento de ortodoncia removible es satisfactorio si el paciente sigue las instrucciones meticulosamente. Por lo tanto para obtener éxito debemos contar con el apoyo de los padres a quien debemos orientar con consejos y mediante escrito de lo que se debe y no se debe realizar.

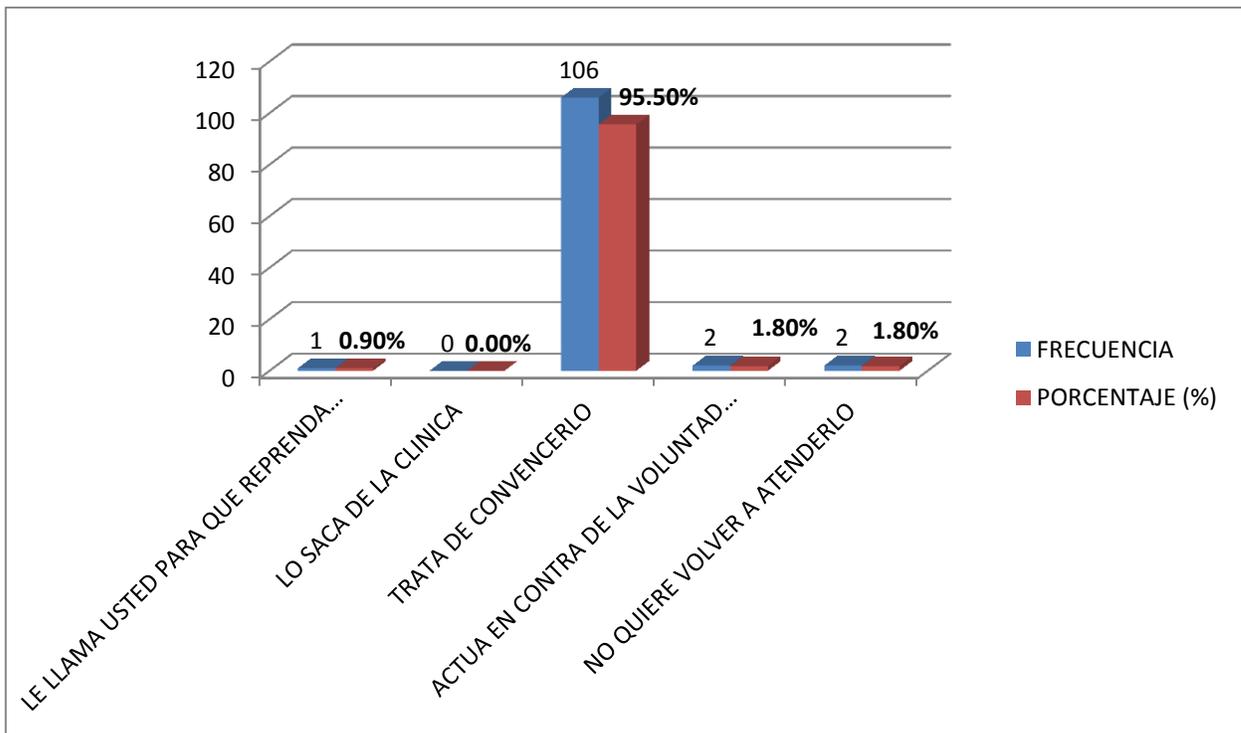
- El paciente debe ser cumplido con el uso de la aparatología las 24 horas del día y que se la debe retirar solo en el momento de la limpieza bucal, en deportes de contacto físico y natación. (Gurkeerat, 2009, pp.62-63).

De acuerdo a lo expresado por los encuestados, el 61.26% manifestó que el uso de su placa removible tiene que ser las 24 horas, es decir están en lo correcto.

CUADRO Y GRÁFICO N°6

¿QUE HACE EL ODONTOLOGO CUANDO SU HIJO NO COOPERA EN LA CONSULTA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Le llama usted para que reprenda al niño	1	0.90
Lo saca de la clínica	0	0
Trata de convencerlo	106	95.50
Actúa en contra de la voluntad del niño	2	1.80
No quiere volver a atenderlo	2	1.80
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 6 se observó que de 111 padres encuestados, 106 padres que corresponde al 95.50% de los padres dijeron que cuando sus hijos no colaboran los estudiantes tratan de convencerlos, 2 padres que corresponde al 1.80% dijeron que cuando sus hijos no quieren colaborar con los estudiantes actúan en contra de la voluntad del niño, 2 padres que corresponde al 1.80% dijeron que prefieren no volverlos a atender y 1 padre de familia que es el 0.90% dijo que la llama cuando el niño n quiere colaborar.

Según Gurkeerat dice que los fracasos en la ortodoncia removible son:

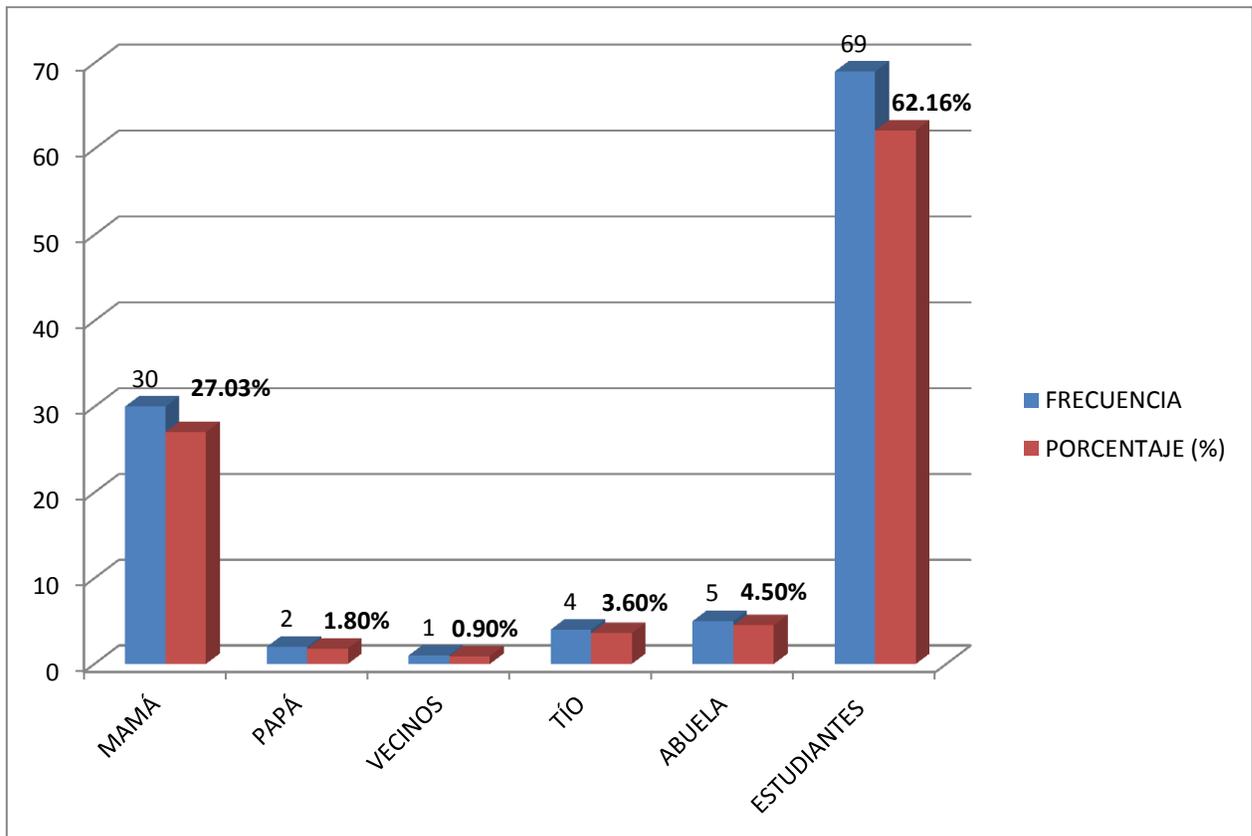
- La conformidad del paciente es el éxito de este tratamiento y su colaboración es importante para obtener resultados satisfactorios. La conformidad del paciente se mejora dando una buena adaptación de la aparatología un buen diseño de la misma y las respectivas indicaciones. (Gurkeerat, 2009, p. 446).

De acuerdo a lo manifestado por los encuestados, estos en su mayoría un 95.50%, expresaron que los estudiantes prefieren convencer a sus pacientes para que asistan a sus tratamientos odontológicos.

CUADRO Y GRÁFICO N°7

¿QUIEN LLEVA A SU HIJO A LOS CONTROLES?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mamá	30	27.03
Papá	2	1.80
Vecinos	1	0.90
Tío	4	3.60
Abuela	5	4.50
Estudiantes	69	62.16
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 7 se observó que de 111 padres encuestados, 30 padres que corresponden al 27.03% dijeron que sus hijos llegan con la mamá a la consulta, 2 padres que corresponden al 1.80% dijeron que sus hijos llegan con los papás, 4 padres que corresponden al 3.60% dijeron que sus hijos llegan con el tío o tía, 69 padres que corresponden al 62.16% dijeron que sus hijos llegan a la consulta con el estudiante, 5 padres que es el 4.50% dijeron que llegan con la abuela y 1 padre de familia dijo que su niño llega con la vecina.

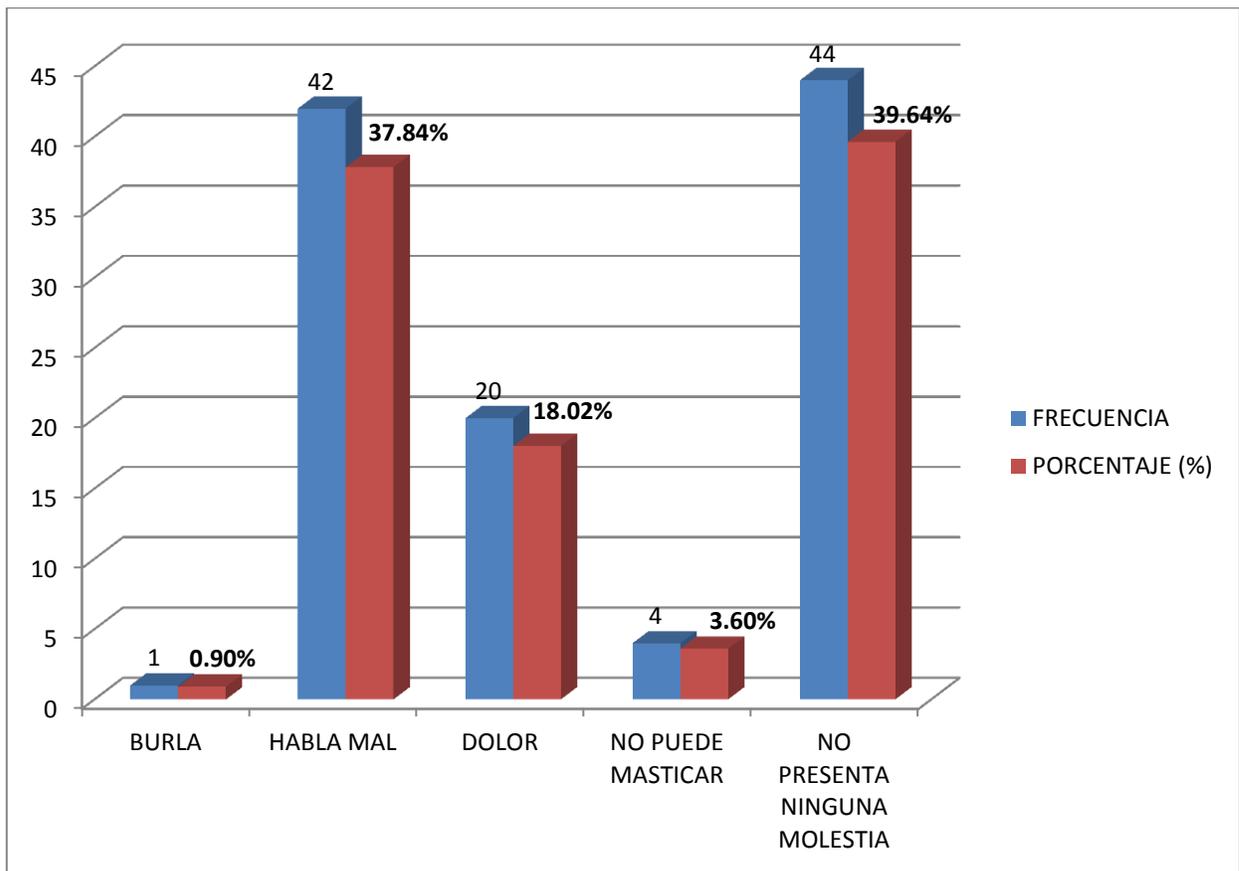
Según Nahás María dice, que en el tratamiento de un niño las decisiones no pueden ser tomadas de forma unilateral por el cirujano dentista, son los padres quienes están inmersos directamente y tienen participación en la toma de decisiones relacionadas a los métodos a ser utilizados en el tratamiento de su hijo. El profesional presentará las diferentes opciones y las discutirá con los padres del niño paciente, en conjunto definirán cual debe ser el método apropiado de abordaje del comportamiento para la atención del paciente, luego de analizar detenidamente los pros y los contras. (Nahás, 2009, p. 27).

En los resultados obtenidos mediante las encuestas el 62.16% dijeron que sus niños asisten a la consulta con el estudiante, por lo tanto se puede ver el poco interés por los padres hacia el tratamiento que se le da al niño, y es una posibilidad que dicho tratamiento no tenga éxito.

CUADRO Y GRÁFICO N°8

¿QUE PROBLEMA PRESENTA EL NIÑO DESPUES DE LA ADAPTACION A LA APARATOLOGIA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Burla	1	0.90
Habla Mal	42	37.84
Dolor	20	18.02
No puede masticar	4	3.60
No presenta ninguna molestia	44	39.64
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 8 se observó que de 111 padres encuestados, 42 padres que corresponden al 37.84 % dijeron que los niños presentan una mala dicción de las palabras, 20padres que corresponden al 18.02% dicen que los niños presentan dolor, 44 padres que corresponden al 39.64% dicen que sus niños no presentan ninguna molestia, 4 padres que es el 3.60% dicen que sus niños no pueden masticar correctamente y 1 padre que es el 0.90% dijo que su niño presentaba burlas por parte de los amigos.

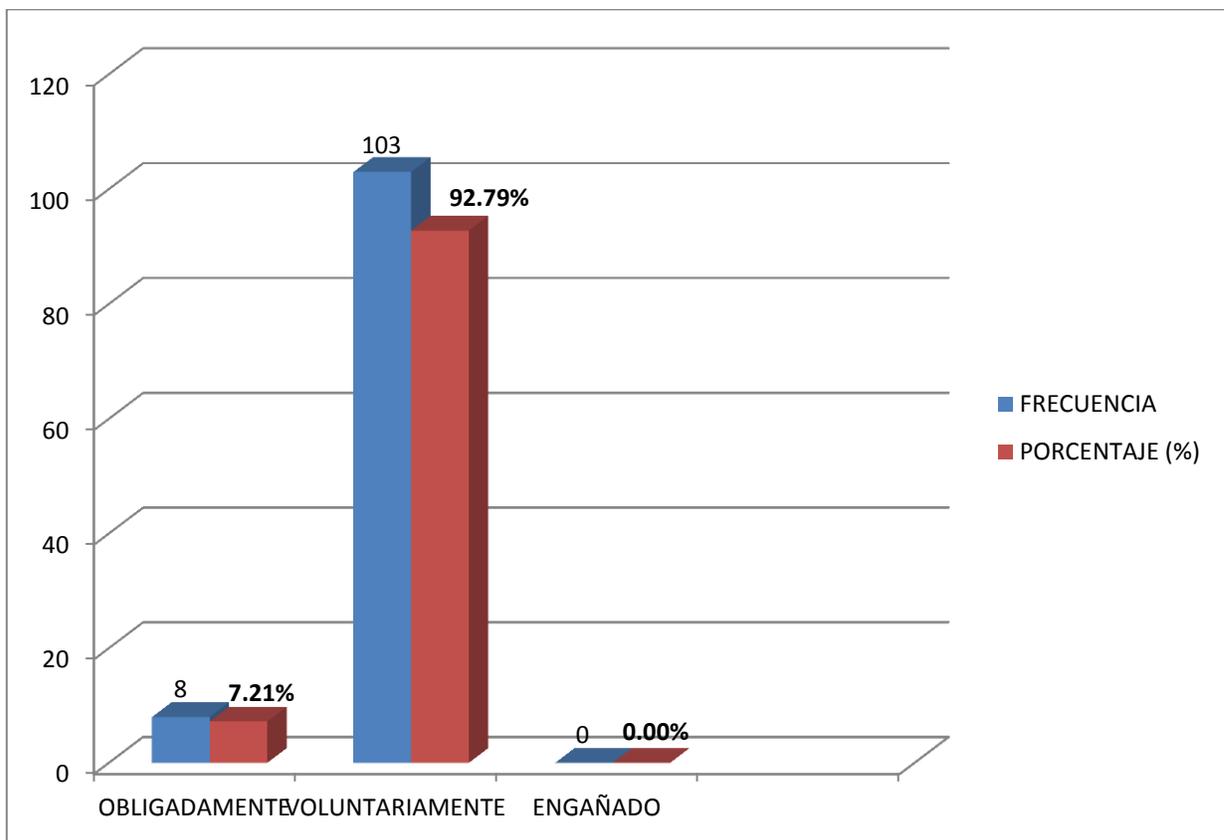
Según Gurkeerat dice, que la irritación de la mucosa y tejidos blandos se dan cuando el acrílico no está adecuadamente pulido y sus bordes se encuentra agudos y no redondeados, si no se encuentran alisados pues provocaría una seria irritación en los tejidos blandos, también se tiene que tener cuidado con los alambres que estos queden adoptados adecuadamente a los dientes para evitar molestias al masticar. (Gurkeerat Singh. Ortodoncia: Diagnóstico y tratamiento. P. 446).

De conformidad a lo manifestado por los padres encuestados, la mayoría es decir un 37.84%, se pronuncia porque la dicción de sus hijos es el problema en este caso.

CUADRO Y GRÁFICO N°9

¿SU NIÑO ASISTE A LA CONSULTA?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Obligadamente	8	7.21
Voluntariamente	103	92.79
Engañado	0	0
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 9 se observó que de 111 padres encuestados, 103 padres que corresponden al 92.79% dijeron que sus hijos asisten a la consulta voluntariamente, 8 padres que corresponden al 7.211% dijeron que sus hijos asisten obligadamente a la consulta odontológica.

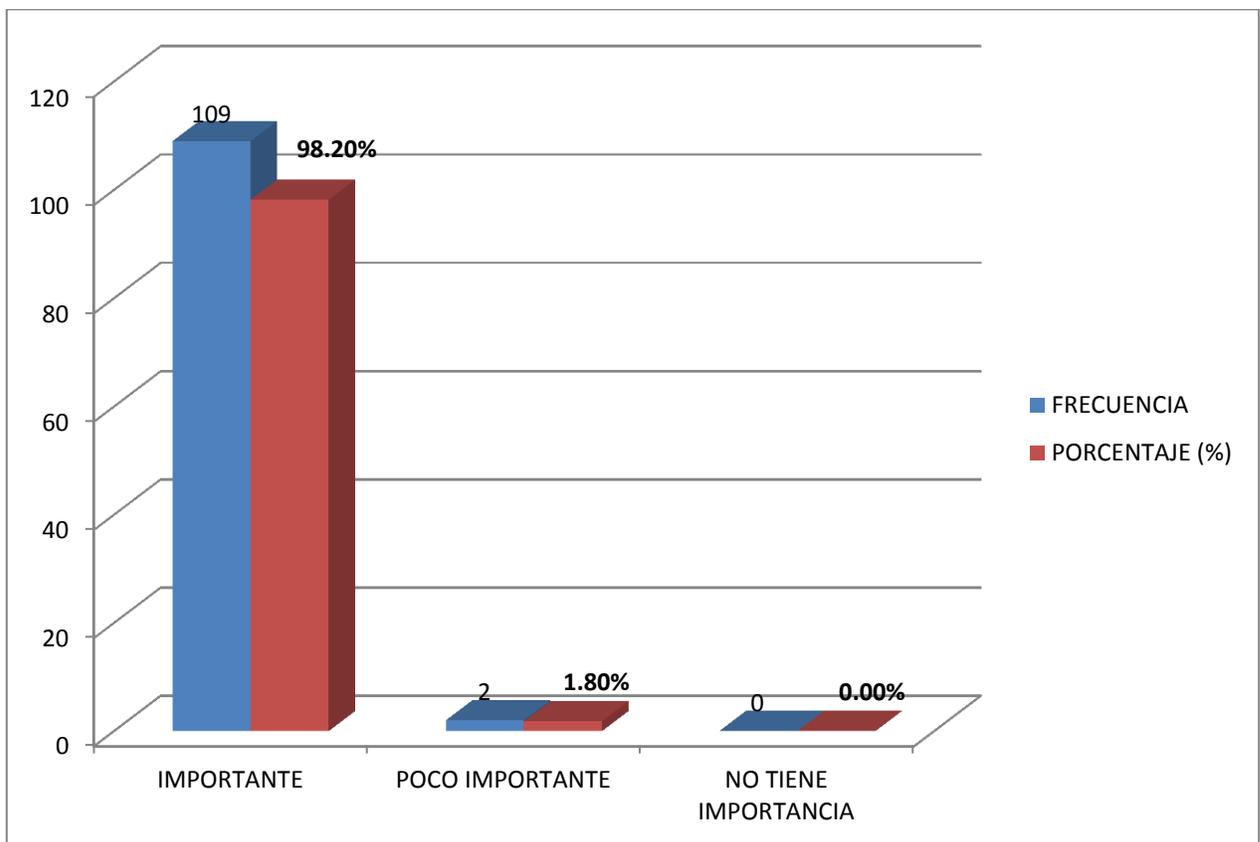
Según Nahás María dice, que al momento de realizar el primer contacto, el profesional transmite al acompañante seguridad haciéndole conocer el proceso del tratamiento, las técnicas de adecuación del comportamiento a las cuales acudirá y la importancia de su presencia en su lugar de consultas y dará las explicaciones requeridas en caso de que existiera dudas, de esto depende que los padres recepten la seguridad transmitida y el niño asista a la consulta por sí mismo. (Nahás, 2009, p.27)

Es importante que el niño asista a la consulta por su propia voluntad para que este tenga la predisposición de colaborar en el tratamiento que se le va a dar y en los resultados según las encuestas hay un porcentaje de pacientes que asisten a la consulta por su voluntad.

CUADRO Y GRÁFICO N°10

¿CREE USTED SI ES NECESARIA E INDISPENSABLE LA VISITA PERIÓDICA AL ODONTOLOGO PARA UN MEJOR COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (A)?:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Importante	109	98.20
Poco Importante	2	1.80
No tiene Importancia	0	0
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico N° 10 se observó que de 111 padres encuestados, 109 padres que corresponden al 98.20%, piensan que es importante la visita al odontólogo, 2 padres que corresponden al 1.80% dijeron que es poco importante la visita periódica al odontólogo.

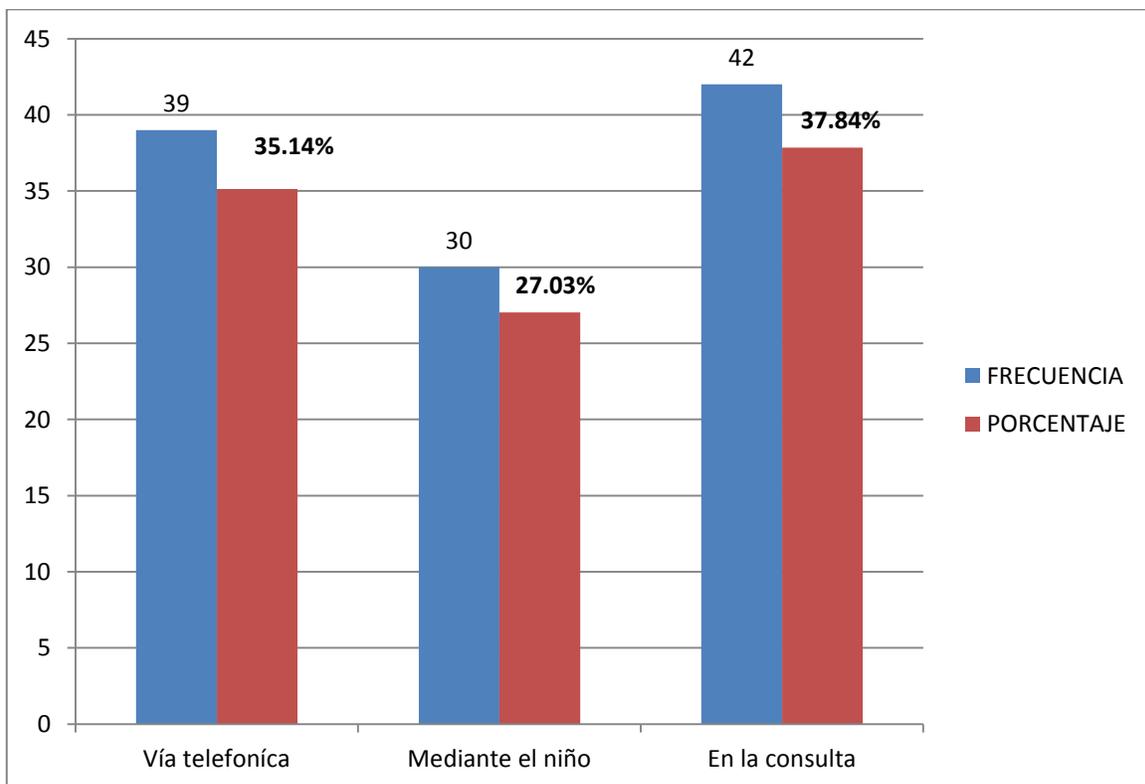
Según Rivas Víctor¹⁵ dice, que la primera cita más común para poder revisar a un niño es a partir de los 2 años de edad, ya que en esta etapa ya se ha completado la erupción total de sus piezas temporales y también para dar las instrucciones de aseo bucal para la prevención de caries y visitarlo periódicamente para que el niño mejore su comportamiento. (Rivas, 2011, p. 61)

Según los resultados de la encuesta hacia los padres de familia dicen que es importante la visita periódica al odontólogo para que los niños mejoren su comportamiento en la consulta.

CUADRO Y GRÁFICO N°11

¿MEDIANTE QUE MEDIO EL ESTUDIANTE LE DA LAS INDICACIONES DE LA UTILIZACION DE LA APARATOLOGÍA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Vía telefónica	39	35.14
Mediante el niño	30	27.03
En la consulta	42	37.84
TOTAL	111	100



Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia o representante de los pacientes que se atienden en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaborado por: Gema Ivonne Castro Suarez.

CRUCE DE INFORMACION

RELACION ENTRE LA EDAD Y LA COLABORACION DEL PACIENTE

Edad	cooperador	Falta de capacidad de cooperacion	Conducta incontrolada	Conducta desafiante	Resistencia pasiva	timidez	Cooperador tenso	Total
5						1	1	2
7	3	1		1	1	2	3	11
8	10						3	13
9	8		1	1	1	2	8	21
10	13		4		2	4	6	29
11	10						9	19
12	4			1		2	4	11
13	5							5
Total	53	1	5	3	4	11	34	111

DISEÑO DE LA APARATOLOGÍA

DISEÑO DE LA APARATOLOGÍA								
Acabado de los bordes de la aparatología		Acrílico de la aparatología		Ganchos de la aparatología				
F	%	F	%	F	%	%		
Bordes redondeados	64	57.66	Acrílico insuficiente	19	17.12	Adaptados	65	58.56
Bordes no redondeados	47	42.34	Acrílico suficiente	58	52.25	No adaptados	46	41.44
			Acrílico excesivo	34	30.63			

4.2. CONCLUSIONES

1. Conforme a encuestas realizadas, se concluye que tanto estudiantes, pacientes y padres de familia, deben coadyuvar para el éxito en los tratamientos odontológicos.
2. Que la poca colaboración de los padres de familia de los pacientes, dificulta la labor del estudiante.
3. Que la edad de los niños, dificulta por lo regular su tratamiento.
4. Que el no aplicar las recomendaciones del estudiante, pueden llevar al fracaso del tratamiento.

4.3. Recomendaciones:

1. Que los padres hagan conciencia de que la salud bucal de sus hijos es importante.
2. Que los estudiantes apliquen sus tratamientos con estricto apego a las técnicas aprendidas.
3. Que los pacientes cumplan con todas indicaciones del estudiante, a fin de que el tratamiento sea exitoso.
4. Que se haga conciencia en la sociedad, de que la salud bucal debe ser tomada en forma preventiva para evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcocer Alberto. (2009). Manual de Higiene Bucal. Madrid-España: Medica Panamericana.
2. Barrancos Money. (2008). Operatoria Dental: Integración clínica. Buenos Aires-Argentina: Medica Panamericana.
3. Bezerra da Silva Léa Assed. (2008). Tratado de Odontopediatría. Venezuela: Amolca
4. Bordoni: Escobar Rojas; Castillo Mercado. (2010). Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Argentina: panamericana.
5. Boj J. R; Catalá M; García- Ballesta C; Mendoza A; Peannells P. (2011). Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven. Madrid- España: Ripano.
6. Castillo Mercado Ramón. (2011). Estomatología Pediátrica. Madrid-España: Ripano.
7. Cameron Angus. (2010). Manual de Odontología pediátrico. España: Elsevier.
8. Callacondo Velarde Juan Carlos. (2009). Comunicación Integral. Arequipa-Perú: CECYCAP.
9. English Jeryl D., Peltomä Timo, Pham- Litichel Kate.(2011). Destreza en Ortodoncia. Venezuela: Amolca
10. Guedes-Pinto Antonio; Bönecker Marcelo; Delgado Rodríguez Martins Célia Regina. (2011). Fundamentos de Odontología: Odontopediatría. Brasil: Santos.
11. GurkeeratSingh. (2009). Ortodoncia: Diagnóstico y tratamiento. Venezuela: Amolca.

12. Jimenez Romera Maria Amelia. (2012). Odontopediatría en atención primaria. España: Vertice.
13. Koch Göran; Poulsen Sven. (2011). Odontopediatría; Abordaje clínico. Venezuela: Amolca.
14. López Cano Jorge Hernán.(2010). Odontología para la higiene oral. Colombia: D'VINNI S.A.
15. Myers David G. (2011). Psicología. España: Medica Panamericana.
16. Montagna Fabrizio, Lambini Nicola, Piras Vincenzo, Denotti. (2010). Ortodoncia y sus dispositivos: aparatos móviles y fijos removibles en la práctica clínica. Venezuela: Amolca.
17. Morris Charles G. (2009). Psicología. México: Editorial Mexicana
18. Nahás P. Correa Maria Salette. (2009). Odontopediatría: En la primera infancia. Brasil: Santos.
19. Ortiz Salinas María Elena. (2012). Psicología: la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno
20. Proffit William; W. Henry; Sarver David. (2008). Ortodoncia Contemporánea. España: Elsevier.
21. Rivas Paredes Víctor Raúl. (2011). Salud oral comunitaria. Perú
22. Rodríguez Esequiel E. (2010). De la impresión a la activación en ortodoncia y ortopedia. Venezuela: Amolca.
23. Uribe Restrepo Gonzalo Alonso. (2010). Ortodoncia: Teórico y Clínica. Colombia: Cib.
24. Velarde Yositomi Juan Carlos. (2010). Atlas de Aparatología funcional y aparatología auxiliar. Madrid-España: Ripano.

25. Cárdenas Jaramillo Darío. Tercera Edición. (2003). Fundamentos de Odontología Pediátrica Colombia: Cib.
26. Finn Sidney B. Cuarta edición. (1985). Odontología Pediátrica. México: Interamericana.
27. <http://www.aepap.org/familia/ambiente.htm>
28. www.ledosa.com
29. http://www.zonaortodoncia.com/fija_removible.htm
30. <http://www.slideshare.net/GabrielaBarriosUbilla/elaboracion-de-aparatos-removibles-de-ortodoncia>

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.

Nombre de la propuesta.

Información sobre técnicas de manejo del paciente pediátrico, dirigida a los estudiantes de séptimo y noveno semestre de odontología de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por medio de las charlas educativas para lograr el éxito del tratamiento y la donación de un televisor y DVD más cd interactivos.

Fecha de la presentación.

Febrero 2013

Clasificación.

Tipo social de orden educativo

Localización geográfica

La UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO, clínicas de atención odontológica, ubicada entre la Av. Metropolitana y Av. Olímpica

5.2. JUSTIFICACIÓN

Gracias a las conclusiones conseguidas en la investigación se pudo apreciar que existe poco interés de parte de los estudiantes por aplicar las técnicas del manejo

del paciente ya que estos las saben pero no las utilizan o no las aplican correctamente lo cual no asegura que la colaboración del paciente.

5.3. MARCO INSTITUCIONAL

Mediante Ley N° 229 del 21 de Diciembre del 2000, se crea la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la cual, al igual de educar a nivel universitario, es decir educar al más alto nivel alcanzado por la cultura universal, el Consejo Universitario, consideró como necesidad imperiosa crear entre otras carreras la de Odontología. Esta determinación se basa en hechos importantes relacionados con las aspiraciones de nuestros bachilleres de la ciudad, provincia y en algunos casos del país, anhelan en el futuro ser profesionales de la Odontología.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo y su carrera de Odontología nace el martes 10 de abril del 2001 y su funcionamiento fue a partir de 14 de mayo del 2001 iniciando sus labores académicas en el domicilio de los herederos de la Familia Flor Hidalgo, en la calle 10 de agosto entre Chile y Ricaurte de Portoviejo, facultad que funciona con tres niveles en once semestres con 66 estudiantes

La Carrera de Odontología, Escuela de mismo nombre de nuestra Alma Mater, en sus inicios de fundación requiere del contingente valioso de la asociación Ecuatoriana de Facultades de Odontología para orientar y direccionar sus procesos académicos sujetos a las innovaciones curriculares actualizadas. Entonces nuestra aspiración inmediata sería la de integrarnos a la mencionada Asociación, para recibir todo el apoyo necesario y alcanzar las metas de la Universidad Ecuatoriana. Esta alternativa permite formar Odontólogos, que a más de llenar sus aspiraciones van a

satisfacer las necesidades de la población, en la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud bucal, contribuyendo al bienestar de la ciudadanía.

Los pacientes que acuden a buscar ser atendidos en las Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo son pacientes de escasos recursos económicos que no pueden acceder a ningún tipo de atención particular, por lo que la carrera de odontología busca planes de tratamiento o tipos de alternativas para mejorar o solucionar el problema.

5.4. OJETIVOS

Objetivo General

Educar a los estudiantes sobre las técnicas de manejo del paciente pediátrico para que tengan la máxima colaboración y éxitos en sus tratamientos de ortodoncia removible.

Objetivos específicos

- ✓ Coordinar con las autoridades de la Universidad Particular San Gregorio De Portoviejo la realización de la capacitación de los alumnos.

- ✓ Motivar a los alumnos a que utilicen las técnicas de manejo del paciente para que logren tratamientos exitosos.

- ✓ Mediante el método audiovisual los niños entren más relajados a la clínica y colaboren en la consulta.

5.5. Descripción de la propuesta

La investigación realizada en los pacientes atendidos en las Clínicas De Odontología De La Universidad San Gregorio De Portoviejo mostro una falta de interés por parte de los estudiantes en el uso de las técnicas de manejo, y padres de familia por la colaboración del niño, por lo que se estableció esta propuesta educación para que sepan cómo utilizar la técnica adecuada.

Para poder enseñar estos métodos se realizó una capacitación a los estudiantes sobre el tema del uso de las técnicas de manejo del paciente pediátrico. En dicha capacitación se entregaron trípticos y una gigantografía educativa a las respectivas autoridades de la institución, relacionada con el tema tratado.

Beneficiarios

Los beneficiarios directos son los alumnos, y los beneficiarios indirectos son los pacientes que se atienden en las clínicas de ortodoncia removible.

5.6. Diseño metodológico

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

1. Reunión con la Coordinadora de la Carrera de Odontología de Universidad San Gregorio de Portoviejo, para la socialización de la propuesta alternativa de solución.
2. Elaboración de un cronograma de trabajo.
3. Desarrollo de la capacitación sobre las técnicas de manejo del paciente pediátrico
4. Elaboración de material educativo para los alumnos y pacientes.
5. Entrega de una gigantografía a la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, con las diferentes técnicas de manejo del paciente pediátrico.
6. Entrega de un televisor y DVD para que los niños se relajen mientras están en la sala de espera.

5.7. Cronograma

Actividad	Febrero				
	5			7	8
Reunión con la Coordinadora de la Carrera de Odontología de Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo	X				
Ejecución de la charla informativa para los alumnos					X
Entrega de trípticos a los alumnos y pacientes					X
Entrega de gigantografía a la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, con las técnicas del manejo del paciente pediátrico					X

5.8. Presupuesto

ACTIVIDAD	RECURSOS	CANTIDAD	V. UNIT	V. TOTAL	FINANCIAR
Diseño trípticos	Diseñador grafico	1	2.00	2.00	Autora
Impresión de trípticos	Color	100	0.25	25.00	Autora
Diseño y elaboración de gigantografía	Diseñador grafico	1	30.00	30.00	Autora
Televisor		1	160.00	160.00	Autora
Dvd		1	70.00	70.00	autora
Soporte para televisor y dvd		1	40.00	40.00	Autora
Viáticos			20.00	20.00	Autora
Total				347.00	Autora

5.9. SOSTENIBILIDAD

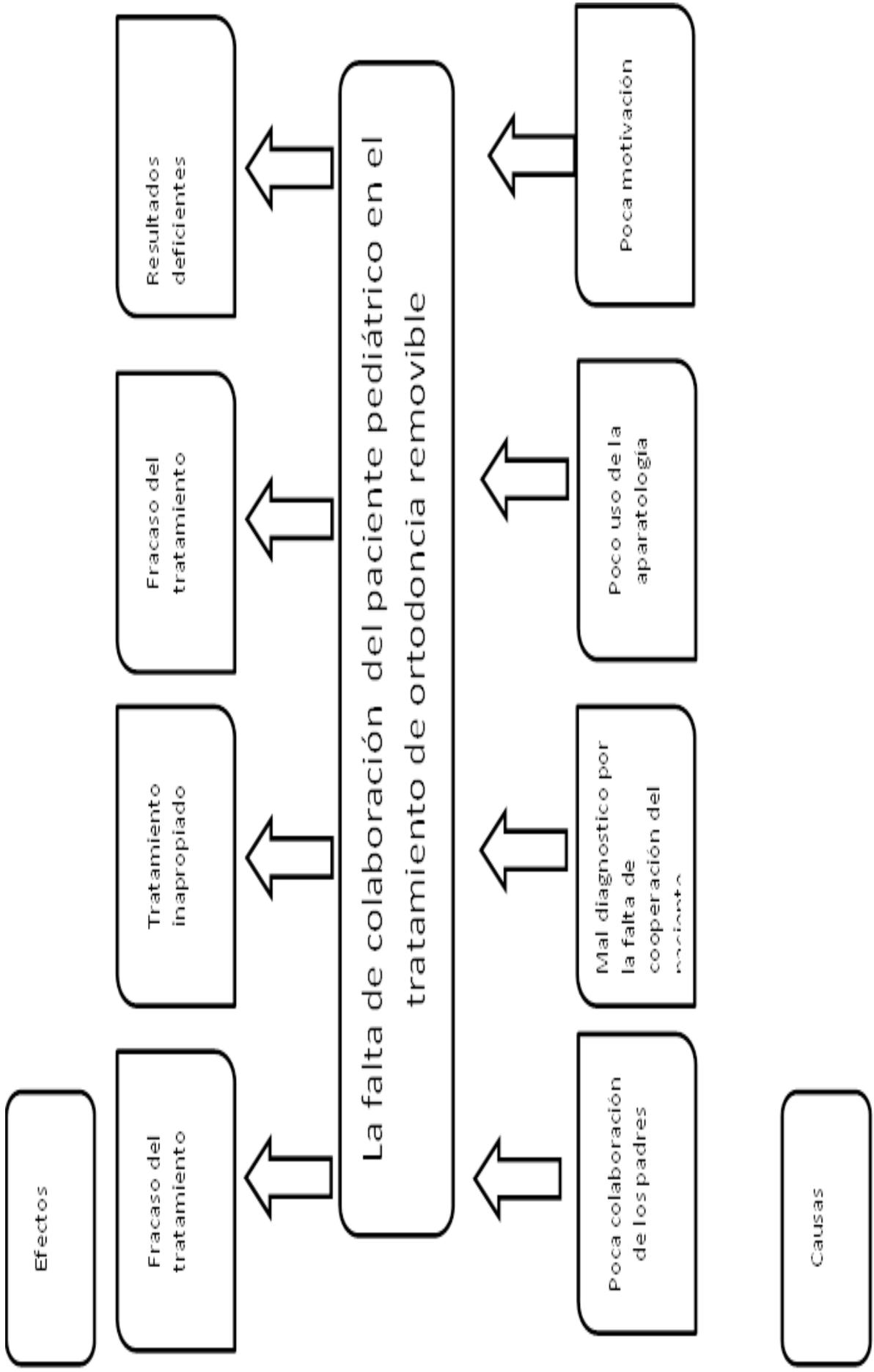
Esta propuesta es sostenible por que se cuenta con el apoyo de las autoridades de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio De Portoviejo para dar una charla informativa a los estudiantes a través de conferencias mediante un acta de compromiso

5.10. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

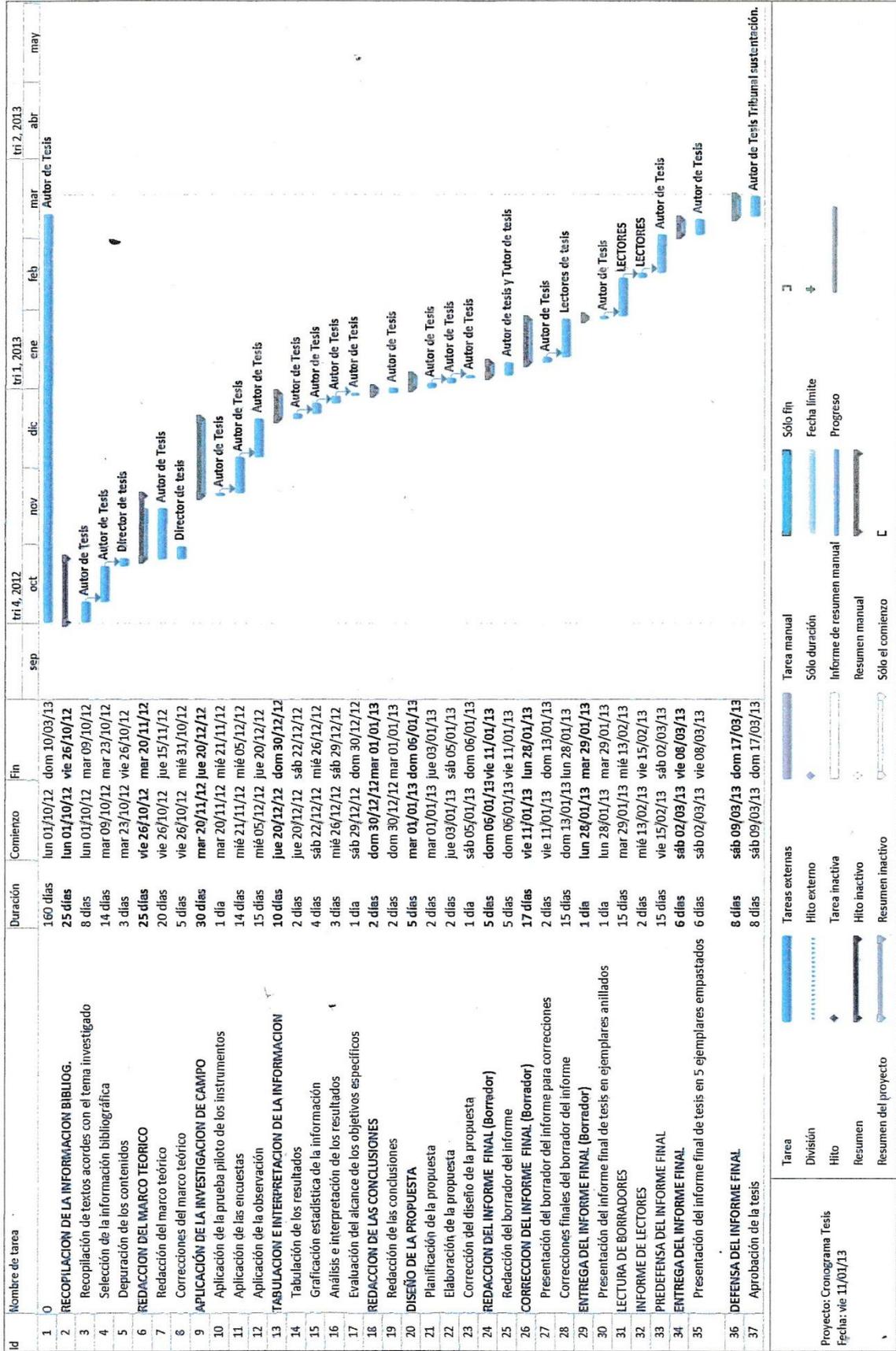
La propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de la investigación.

ANNEXOS

ANZENSPORN 1



CRONOGRAMA



Presupuesto						
RUBROS	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT
FOTOCOPIAS	800	Unidad	0,02	14,00	14,00	
PAPEL	6	Resma	4,50	18,00	18,00	
MATERIALES DE OFICINA		Dólares	80.33	80.50	80,50	
BIÁTICOS		Dólares		200,00	200,00	
GUANTES	3	Caja	10,00	30,00	30,00	
MASCARILLAS	5	Caja	4,00	20,00	20,00	
MATERIAL DE DIAGNOSTICO	10	Unidades	1,50	45,00	45,00	
ANILLADOS		Unidad	150.00	150.00	150,00	
EMPASTADOS	5	Unidad	8.00	40,00	40,00	
TELEVISOR	1	Unidad	160.00	160.00	160.00	
DVD	1	Unidad	70.00	70.00	70.00	
SOPORTE PARA TELEVISOR Y DVD	1	Unidad	40.00	40.00	40.00	
SUBTOTAL				597.50	867.50	
IMPREVISTOS 10%				59.75	59.75	
TOTAL				926.75	926.75	

**A
N
E
X
O
S
2**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Manejo del paciente pediátrico y su relación con el tratamiento de ortodoncia removible”

Formulario de encuesta dirigida a los padres de familia o representantes del paciente pediátrico que se atienden en las Clínicas Odontológicas de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Marcar con una (X) en el literal que crea conveniente:

1) ¿Cómo es el comportamiento del niño en casa?

- a) Inquieto
- b) Sumiso
- c) Obediente
- d) Desobediente
- e) Amistoso

2) ¿Qué lugar ocupa su niño en el orden de nacimiento con sus hermanos?

- a) Hijo único
- b) Hijo mayor
- c) Segundo hijo
- d) Hijo menor

3) ¿Cómo es la conducta de su hijo cuando es atendido por el odontólogo?

- a) Colaborador
- b) No colaborador
- c) Colaborador tenso
- d) Colabora a cambio de algo

4) ¿Qué indicaciones le da el odontólogo tratante con respecto al tratamiento?

- a) Limpieza del aparato
- b) Cumplir con los controles
- c) Verificar el uso continuo de la aparatología
- d) No dejar la aparatología mucho tiempo fuera de boca
- e) Higiene bucal adecuada
- f) Instrucciones respectivas como poner o quitar el aparato
- g) Todas

- h) No le da indicaciones
- 5) ¿Sabe usted cuantas horas el niño debe utilizar la aparatología?**
- a) 18 horas
- b) 24 horas
- c) 14 horas
- d) 10 horas
- e) No sabe
- 6) ¿Qué hace el odontólogo cuando su hijo no coopera en la consulta?**
- a) Le llama a usted para que reprenda al niño
- b) Lo saca de la clínica
- c) Trata de convencerlo
- d) Actúa en contra de la voluntad del niño
- e) No quiere volver a atenderlo
- 7) ¿Quién lleva a su hijo a los controles?**
- a) Mama
- b) Papa
- c) Vecinos
- d) Tío (a)
- e) Abuela
- f) Estudiantes
- 8) ¿Qué problema presenta el niño después de la adaptación de la aparatología?**
- a) Burla
- b) Habla mal
- c) Dolor
- d) No puede masticar
- e) No presenta ninguna molestia
- 9) Su niño asiste a la consulta:**
- a) Obligadamente
- b) Voluntariamente
- c) Engañado
- 10) ¿Cree Ud. Si es necesaria e indispensable la visita periódica al odontólogo para un mejor comportamiento del niño o niña?**
- a) Importante
- b) Poco importante
- c) No tiene importancia



Encuesta

UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Manejo del paciente pediátrico y su relación con el tratamiento de ortodoncia removible”

Formulario de encuesta dirigida a los estudiantes de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Marcar con una (X) en el literal que crea conveniente:

1) ¿El niño al momento de la consulta odontológica colabora

- a) Siempre
- b) Poco
- c) Bajo presión
- d) A cambio de algún obsequio

2) ¿Cuál de estas conductas cree usted que es el más complejo para el odontólogo?

- a) Desafiante
- b) Conducta tímida
- c) Conducta cooperativa tensa
- d) Conducta llorosa

3) ¿Qué hace usted cuando el niño no colabora en la consulta?

- a) Le habla de manera fuerte para que colabore
- b) Le dice que tiene que ser igual que el niño que está siendo atendido con otro compañero
- c) Lo retira de la clínica
- d) Le da algún premio después de cada cita
- e) Le dice , le muestra y hace una pequeña mímica del tratamiento a realizar
- f) Trata de convencerlo con algún obsequio (Soborno)
- g) Otras
- h) Ninguna

4) ¿Qué técnica utiliza en el manejo del paciente?

- a) Control mediante la voz
- b) Modelamiento
- c) Desensibilización
- d) Reforzamiento positivo
- e) Decir mostrar hacer
- f) Soborno
- g) Otras
- h) Ninguna

5) ¿Cuándo usted adapta la aparatología, le pregunta al paciente?

- a) Si puede cerrar la boca
- b) Si presente alguna molestia
- c) Si le queda floja la aparatología
- d) Todas las anteriores
- e) simplemente adapta

6) ¿El niño con quien llega a la consulta?

- a) Mama
- b) Papa
- c) Vecina
- d) Tío
- e) Abuela
- f) Estudiante

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“Manejo del paciente pediátrico y su relación con el tratamiento de ortodoncia removible”

Registro de Observación

Autora: Gemas Castro

Nombre: Ficha clínica: Fecha:

Dirección:..... Teléfono:..... Edad:.....

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1) Comportamiento del niño | | f) Otras | <input type="checkbox"/> |
| a) Cooperador | <input type="checkbox"/> | g) Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| b) Falta de capacidad de cooperación | <input type="checkbox"/> | 3) Acabado de los bordes de la aparatología | |
| c) Conducta incontrolada | <input type="checkbox"/> | a) Redondeados | <input type="checkbox"/> |
| d) Conducta desafiante | <input type="checkbox"/> | b) No redondeados | <input type="checkbox"/> |
| e) Resistencia pasiva | <input type="checkbox"/> | 4) Acrílico de la aparatología | |
| f) Timidez | <input type="checkbox"/> | a) Insuficiente | <input type="checkbox"/> |
| g) Cooperador tenso | <input type="checkbox"/> | b) Suficiente | <input type="checkbox"/> |
| 2) Técnicas | | c) Excesivo | <input type="checkbox"/> |
| a) Control mediante la voz | <input type="checkbox"/> | 5) Ganchos de la aparatología | |
| b) Modelamiento | <input type="checkbox"/> | a) Adaptados | <input type="checkbox"/> |
| c) Desensibilización | <input type="checkbox"/> | b) No adaptados | <input type="checkbox"/> |
| d) Reforzamiento positivo | <input type="checkbox"/> | | |
| e) Decir mostrar hacer | <input type="checkbox"/> | | |

3 S O X E Z A



ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 8:00 am horas, del día jueves 24 de enero del 2013, en el departamento de coordinación de la carrera se reúnen, las Dras. Celia Ponce y Bernardita Navarrete, docentes de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y Gema Ivonne Castro Suárez egresada de la Carrera de Odontología. Para suscribir un acta de compromiso en el que se llega al siguiente acuerdo:

La egresada Gema Ivonne Castro Suárez se compromete a dar Charlas informativas, dirigidas a los estudiantes de 7°, 8° y 9° semestre de la Carrera de Odontología Universidad San Gregorio de Portoviejo, por medio de trípticos que contengan contenido e imágenes acerca sobre las técnicas de manejo del paciente pediátrico y la entrega de un televisor y dvd para la sala de es

Dra. Bernardita Navarrete

Dra. Celia Ponce

Srta. Gema Ivonne Castro Suárez
ESTUDIANTE EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE ENTREGA Y RECEPCIÓN

En la ciudad de Portoviejo a los 25 días del mes de enero de 2013 se reunieron en las clínicas de la Carrera de Odontología la egresada Gema Ivonne Castro Suárez, quien hace entrega de un televisor y un dvd a el Sr. Jorge Luis Cevallos quien la recibe previa constatación y verificación, dejando constancia de la conformidad de la misma, en presencia de los estudiantes y docentes, para su efecto las partes correspondientes al pie de esta acta.

Sr. Jorge Luis Cevallos

Srta. Gema Ivonne Castro Suarez

4
S
O
X
E
Z
A



Realizando las fichas de observación



Realizando encuestas a los estudiantes.



Realizando encuestas a os padres de familia



Encuestas a padres de familia



Entrega de trípticos a los estudiantes



Entrega del televisor y dvd para sala de espera