



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR EN LAS UNIDADES OPERATIVAS URBANAS DEL ÁREA DE SALUD #1, PERIODO: OCTUBRE 2009- FEBRERO 2010.

AUTORAS:

Miranda Arce Angélica María

Granizo Cedeño María Daniela

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Mónica Cabrera SMg.Sc

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

CERTIFICACION

Dra. Mónica Cabrera Sánchez certifica que la tesis de investigación titulada “ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR EN LAS UNIDADES OPERATIVAS URBANAS DEL ÁREA DE SALUD #1, PERIODO OCTUBRE 2009- FEBRERO 2010”, es original de Angélica Miranda Arce y Daniela Granizo Cedeño. La misma que se ha realizado bajo mi dirección.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez SMg.Sc.

DIRECTORA

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

“ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR EN LAS UNIDADES OPERATIVAS URBANAS DEL ÁREA DE SALUD #1, PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010”

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

.....
Dra. Ángela Murillo Mg. Sp.

PRESIDENTA

.....
Dra. Mónica Cabrera S. Mg. Sc.

DIRECTORA TESIS

.....
Dra. Nelly San Andrés P. Mg. Sc.

MIEMBRO DE TRIBUNAL

.....
Dra. Bernardita Navarrete Mg. Gs.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Abg. Ramiro Molina Cedeño

SECRETARIO ACADEMICO

DEDICATORIA

Me parece ver mi vida pasar en un instante y en la que unos de mis sueños más grandes veo cada vez más cerca de mí, el convertirme dentro de poco en Odontóloga lo que no hubiese podido lograr sin el apoyo de personas importantes para mí y a quienes este logro se los dedico:

A DIOS, por concederme la dicha de formar parte de una familia maravillosa.

A mi abuelita Astro Hernández de Miranda, quien fue mi fuente de inspiración y a quien agradeceré infinitamente por el simple hecho de existir.

A mis padres: Eddison y Moraima, quienes estuvieron a mi lado en cada paso que di caminando junto a mí sin dejarme desfallecer jamás.

A mi esposo Carlos, por encontrar en él mi mitad faltante, quien con su presencia me demostró que el amor es más que tenerse uno al otro sino ser uno solo.

Este triunfo no es solo mío lo comparto con todo aquel que me alentó, y por sobre todas las cosas luchó conmigo para cumplir este anhelo que hoy comparto con ustedes.

ANGÉLICA

DEDICATORIA

Después de tanto esfuerzo y dedicación he logrado cumplir una meta, ser Odontóloga, lo que no hubiera sido posible sin aquel que me dio la luz y esa fuerza espiritual para seguir adelante, Dios.

A mis padres Gloria, Miche y Jaime, por haberme dado la vida, y la fuerza para seguir adelante, y sobre todo el apoyo para realizar todo lo que desee.

A mis hermanos Carolina y Humberto, quienes me brindaron su fortaleza y que con voz de aliento robustecieron mi espíritu de lucha en aquellos momentos de adversidad; y a mi hermanita Michelle, por acompañarme siempre en las buenas y en las malas.

A Germania, mi hermana del alma, por estar conmigo en todo momento, por ser ese empuje ante todo lo adverso que pude pasar.

A Emilia y Daniel, amigos de siempre, gracias por haber estado en los momentos más importantes de mi vida.

A mi compañera de tesis y amiga Angélica, no solo por compartir la elaboración de tesis sino por brindarme su verdadera amistad.

A cada una de las personas que de una u otra forma hicieron posible cumplir mi tan anhelado sueño.

DANIELA

AGRADECIMIENTO

A DIOS todopoderoso por brindarnos la fe que permitió guiar nuestro camino hasta aquí.

A la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, a la Unidad Académica de Salud, a la Carrera de Odontología, a sus autoridades, catedráticos y amigos.

A los docentes que nos acompañaron, quienes muy pacientemente supieron llevar adelante a este grupo de ahora profesionales y nos proporcionaron apoyo incondicional.

A la Dra. Mónica Cabrera, como tutora de esta tesis que con sus amplios conocimientos supo guiarnos en la realización de este trabajo.

ANGELICA Y DANIELA

INDICE GENERAL

	Pág.	
INTRODUCCIÓN		I
ANTECEDENTES		II
CAPITULO I		
1. Planteamiento del problema		1
1.1 Formulación del problema		3
CAPITULO II		
2. Justificación		4
CAPITULO III		
3.1 Objetivo General		6
3.2 Objetivos Específicos		6
CAPITULO IV		
4.1 Hipótesis General		7
4.2 Hipótesis Específicas		7
CAPITULO V		
5. MARCO TEÓRICO		8
5.1 ÁREA DE SALUD #1		8
5.1.1 Subcentros de salud que pertenecen al área de salud #1		9
5.2 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA		10
5.2.1 Técnicas		10
5.2.1.1 Técnica de adaptación decir, mostrar, hacer		11
5.2.1.2 Control mediante la voz		11
5.2.1.3 Desensibilización		11

5.2.1.4 Modelamiento	12
5.2.1.5 Reforzamiento positivo	12
5.2.1.6 Distracción	13
5.2.1.7 Técnica de 4 manos	13
5.2.2 Psicología aplicada a la odontopediatría (Psicodent)	13
5.2.2.1 Aportación de la psicología	14
5.2.2.2 Psicodent	15
5.2.2.2.1 Aplicaciones de Psicodent	16
5.2.2.3 Hipnosis en odontología (hipnodoncia)	17
5.2.2.3.1 Hipnosis dinámica en odontopediatría	17
5.2.3 Relaciones humanas: la calidad, base para la excelencia en nuestro servicio	18
5.2.3.1 Introducción	18
5.2.3.2 Guía para el éxito en las relaciones humanas	19
5.2.3.3 Características del paciente	19
5.2.3.3.1 Pasos a seguir para la atención el paciente	20
5.2.3.4 Calidad en el servicio	20
5.2.3.5 Excelencia en el servicio	21
5.2.4 Consentimiento para el tratamiento	21
5.2.4.1 Consentimiento firmado para el tratamiento dental	22
5.2.4.2 Información al progenitor al comienzo de la sesión	22
5.2.5 Tratamiento conductista no farmacológico	23
5.2.5.1 Obtención de una conducta positiva por parte del niño	23
5.2.6 Adaptación del niño a la consulta odontológica	24
5.2.6.1 Concepto de adaptación	24
5.2.6.2 Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica	24
5.2.6.3 Ambiente odontológico	25
5.2.6.4 Primera visita al odontólogo	25
5.2.7 El personal auxiliar	26

5.2.7.1 Funciones del auxiliar	27
5.2.7.2 Odontología a cuatro manos	27
5.2.7.3 Padres	28
5.2.7.4 Odontólogos	29
5.2.7.5 Niños	29
5.3 COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS	30
5.3.1 Comportamiento de los niños dentro de la consulta	30
5.3.1.1 Social y familiar	33
5.3.1.2 Sexo y edad	34
5.3.1.3 Motivo de la primera consulta	35
5.3.2 Las edades y el comportamiento del niño	36
5.3.2.1 Fases del desarrollo intelectual de Piaget	37
5.3.2.2 Perfil de maduración de los años preescolares según mugson	38
5.3.3 Miedo en los niños	39
5.3.3.1 Innato	40
5.3.3.2 Inducido	40
5.3.4 Temperamento de los niños	41
5.3.4.1 Temperamento y problemas de conducta	42
5.3.4.2 El niño fácil y el niño difícil	42
5.3.5 El papel de los padres	43
5.3.5.1 Padres con conductas positivas y negativas	44
5.3.6 Apreciación física y mental en relación con el problema bucal	45
5.3.6.1 Clasificación de Adler	45
5.3.6.2 Variación en el orden cronológico	45
5.3.7 Factores que influyen en el desarrollo físico y mental del niño	46
5.3.7.1 Diferencia de edades entre hermanos	49
5.3.7.2 Edad de los padres	49
5.3.7.3 Problemas en la gestación	49
5.3.7.4 Culturas sociales y religiosas	49
5.3.7.5 Influencia familiar	50

5.3.8 Descripción de las características en orden de nacimiento	50
5.3.8.1 Clasificación	50
5.3.9 Clasificación del medio ambiente	52
5.3.9.1 El medio ambiente	52
5.3.9.2 Medio ambiente hogareño	52
5.3.9.3 Variables del Medio Ambiente	53
CAPITULO VI	
6.1 Metodología de la investigación	55
6.1.1 Modalidad Básica	55
6.1.2 Nivel o tipo de investigación	55
6.1.3 Técnicas	56
6.1.4 Instrumentos	56
6.1.5 Población	56
6.1.6 Tamaño de la muestra	56
6.1.7 Recursos	56
6.1.7.1 Talento Humano	56
6.1.7.2 Recursos Materiales	57
6.1.7.3 Recursos Económicos	57
6.1.7.4 Recursos Tecnológicos	57
6.2 Diseño Metodológico	57
CAPITULO VII	
7.1. Resultados de la investigación	59
7.1.1 Análisis e interpretación de encuestas realizadas a los niños del programa de salud bucal del Área de Salud #1	59
7.1.2 Análisis e interpretación de encuestas realizadas a los padres de los niños atendidos en el programa de salud bucal del Área de Salud #1	83
7.1.3 Análisis e interpretación de encuestas realizadas a los odontólogos del Área de Salud #1	99
7.1.4 Análisis e interpretación del registro de observación realizado en las unidades operativas del Área de Salud #1	127

7.2 Conclusiones	134
7.3 Recomendaciones	135
Bibliografía	136

INDICE DE GRAFICUADROS

7.1.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL ÁREA DE SALUD #1

	N° Pág.
Graficadro N°1 Sexo de los niños atendidos en el programa de salud bucal escolar del área no. 1	59
Graficadro N°2 Edad de los niños atendidos en el programa de salud Bucal escolar del área no. 1	61
Graficadro N°3 Clasificación según el medio ambiente en el que vive el niño	63
Graficadro N°4 Manifestaciones de afecto por parte de la familia hacia el niño	65
Graficadro N°5 Influencia familiar de los niños con respecto al odontólogo del programa de salud bucal escolar del área no. 1	67
Graficadro N°6 Influencia familiar	69
Graficadro N°7 Influencia social del niño hacia el dentista	71
Graficadro N°8 Ambiente odontológico	73
Graficadro N°9 Motivo de la consulta	75
Graficadro N°10 Dialogo niño-dentista	77
Graficadro N°11 Atención del odontólogo	79
Graficadro N°12 Nivel de confianza del odontólogo hacia el niño	81

7.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL ÁREA DE SALUD #1

Graficadro N°1 Edad en que fue llevado el niño por primera vez a la consulta	83
-------------------------------------------------------------------------------------	----

Graficuario N°2	Motivo de la consulta	85
Graficuario N°3	Primer tratamiento del niño en la consulta	87
Graficuario N°4	Respuesta del niño ante el primer tratamiento realizado	89
Graficuario N°5	Comportamiento del niño en el hogar	91
Graficuario N°6	Clasificación del niño de acuerdo a su posición social en la familia	93
Graficuario N°7	Formas de intimidación que utilizan los padres hacia los niños atendidos en la consulta	95
Graficuario N°8	Número de visitas al odontólogos	97
7.1.3 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ODONTÓLOGOS DEL ÁREA DE SALUD #1		
Graficuario N°1	Preferencia de atención	99
Graficuario N°2	Dificultad del odontólogo en cuanto al manejo del niño	101
Graficuario N°3	Estado emocional del odontólogo frente a un niño	103
Graficuario N°4	Grado de dificultad en la atención del niño	105
Graficuario N°5	Trabajo del auxiliar	107
Graficuario N°6	Principal razón del comportamiento del niño ante el odontólogo	109
Graficuario N°7	Técnicas utilizadas en atención al niño	111
Graficuario N°8	Efecto de la técnica utilizada en el niño	113
Graficuario N°9	Técnica utilizada si el niño tuvo una experiencia anterior traumática.	115
Graficuario N°10	Efecto de la técnica utilizada	117
Graficuario N°11	Técnica utilizada en caso de que un niño presente	119
Graficuario N°12	Efecto de la técnica utilizada en un niño con crisis nerviosa en la consulta	121
Graficuario N°13	Que sexo es mas colaborador	123
Graficuario N°14	Dificultad de control según la edad	125

7.1.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL REGISTRO DE OBSERVACIÓN REALIZADOS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA DE SALUD #1

Graficuario	N°1	Comportamiento de los niños dentro de la consulta	127
Graficuario	N°2	Técnicas utilizadas por los odontólogos en la atención a niños	130
Graficuario	N°3	Respuesta obtenida por los niños durante la atención en la consulta	132

INTRODUCCIÓN

La odontología pediátrica satisface un propósito muy especial con respecto al resto de las especialidades odontológicas, en cuanto está orientada hacia la salud dental e integral de un grupo muy especial, los niños y jóvenes, está claro que quienes se dedican a éste campo de la práctica odontológica lo hacen porque disfrutan trabajando con los niños.

En el presente estudio se exploran las estrategias de atención utilizadas por los odontólogos de las unidades operativas urbanas del área de salud #1 y su influencia en el comportamiento de los niños atendidos en el programa de salud bucal escolar, identificando las razones que los llevan a adoptar diversos tipos de conducta.

La investigación consta de una parte bibliográfica en la que se detallan conceptos teóricos y científicos en los que se apoya la investigación de campo en la que se realizaron encuestas y registros de observación a los niños inmersos en la problemática y a los odontólogos de las unidades operativas urbanas del área de Salud #1, específicamente: SCS San Pablo, SCS. Los Arenales, SCS Los Tamarindos la California, CS. Portoviejo, CS Andrés de Vera, S.C.S 1 de Mayo, SCS. Los Ángeles de Colón, S.C.S San Cristóbal, SCS. El Florón, SCS. Crucita, SCS. La Piñonada, CS. Calderón, SCS. San Alejo, SCS. El Naranjo, SCS. El Limón, SCS. Francisco Pacheco, SCS. Fátima, Hospital de Portoviejo.

En base a los resultados obtenidos de la investigación se diseñó una propuesta que una vez implementada permitirá solucionar el problema detectado.

ANTECEDENTES

Durante la atención a los niños del programa escolar de salud se pudo evidenciar que un importante número de pacientes tenían dificultad en aceptar el tratamiento requerido, mostrando conductas hasta cierto casos de agresividad hacia el profesional, es a partir de esta observación que surge la inquietud de investigar las causas que originan las conductas antes descritas en los infantes.

La colaboración y aceptación del paciente pediátrico durante su atención es un aspecto importante para el buen trabajo del odontólogo, si bien es cierto la mayoría de los niños son buenos pacientes, hay una buena población de niños y jóvenes no cooperativos que puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad, ya que además de requerir más tiempo de atención se corre el riesgo de producir daño físico y/o psicológico. Por lo tanto, la utilización de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento seguro de alta calidad es importante.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo investigativo surge de la respuesta negativa de los niños integrantes del programa de salud bucal escolar a colaborar durante la atención odontológica en la realización del programa escolar del área de salud #1.

El temor a lo desconocido es una de las posibles causas del problema, ya que este es innato en el hombre y se manifiesta con naturalidad durante la infancia, dificultando la labor del odontólogo para cualquier tratamiento e incluso el ingreso al consultorio odontológico.

Otro motivo es el del trauma infundado por los padres, en este caso en los niños el miedo toma características peculiares en especial las que dimanar de la estimulación por parte de los adultos, muchos padres, deseosos de que sus hijos sean precavidos y adquieran cautela ante peligros en este caso las caries, les inquietan excesivamente el miedo donde debería existir simplemente precaución y en el que el resultado es la sugestión de estos ante la presencia del odontólogo.

Las malas experiencias vividas se pueden catalogar también; cuando se tiene un recuerdo negativo y se hace presente un acontecimiento similar, la conciencia inmediatamente se traslada a ese recuerdo y consigue como efecto el no querer regresar al consultorio dental.

En el caso de que caso exista ya un dolor dental y este ha sido una causa de molestia, el niño siente temor de que al realizarse un tratamiento este incremente aun más la intensidad del dolor preexistente.

Una de las principales causas que lleva al niño a presentar pánico es el intolerable ruido ocasionado por la turbina, estímulo que se desarrolla en algunos de los adultos de manera inconsciente y que fue generado en su etapa de niñez y cuyo resultado es la fobia al escuchar el sonido.

Y como último punto tenemos el de la forma anatómica de los instrumentos ya que muchos de ellos presentan filos y puntas que a la mayoría de los niños atemoriza y que nos da como efecto la resistencia o rechazo a utilizarlos al momento del tratamiento.

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por los argumentos expuestos del problema se lo formuló de la siguiente manera:

¿“Como influyen las estrategias utilizadas por los odontólogos en el comportamiento de los niños atendidos en el programa de salud bucal escolar del Area de Salud N° 1”?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPITULO II

2. JUSTIFICACION

En el Estatuto de La Universidad San Gregorio de Portoviejo en lo relacionado a la titulación de pregrado contempla que posterior al internado los egresados deben realizar un trabajo de investigación científica que parta de un problema observado en la comunidad y el correspondiente proyecto de solución a la problemática revelada. En este caso, la investigación será en el área odontológica.

En el Área de Salud N° 1 no se han realizado trabajos de investigación referente al problema identificado por lo que este trabajo va a solucionar significativamente el de comportamiento del niño en la consulta, debido a que el tema investigado tiene un enfoque psicológico que se relaciona con la problemática en la atención odontológica de los niños por parte del profesional de salud y personal auxiliar.

La investigación se realizó a través de historias clínicas, encuestas, ayuda bibliográfica, de la web, criterios de expertos, en datos estadísticos que evidencian el problema, en experiencias personales, entre otros.

La importancia de este tema radica en que muchas veces el odontólogo desconoce las técnicas que deben aplicarse al niño que viene a la consulta, lo que influye en su desenvolvimiento posterior; y el resultado de la investigación realizada permitirá, a través de estrategias, dar solución al problema identificado.

El aporte que esta investigación dará a la ciencia es la factibilidad de manejo del dentro de la consulta, de esta forma se podrá realizar sesiones odontológicas largas como son los tratamientos de conducto y traumáticas como son las extracciones, aplicando las técnicas favorables más actuales.

Los principales beneficiados serán los odontólogos ya que se acortará su tiempo de trabajo y las citas serán más productivas y de esta forma de manera directa se favorecerá a los niños e indirectamente a los padres.

CAPITULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia de las estrategias de atención odontológica, en el comportamiento de los niños atendidos en el Programa de Salud Bucal Escolar en las Unidades Operativas Urbanas del Área de Salud # 1.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar los tipos de comportamiento adoptados por los niños durante la atención odontológica para clasificarlos acorde con su actitud.
- Indagar las causas que conducen a los niños a adoptar un tipo determinado de comportamiento durante la atención odontológica, para establecer métodos de ayuda que permitan a los odontólogos acceder a ellos fácilmente.
- Investigar las estrategias que aplican los odontólogos y personal auxiliar en el manejo del niño durante la consulta, para evaluar los niveles de eficacia de las mismas.
- Relacionar el comportamiento de los niños con las estrategias utilizadas en la atención odontológica, para obtener la colaboración del niño durante el tratamiento odontológico.
- Plantear una propuesta alternativa para fortalecer la aplicación de estrategias en la atención de los niños.

CAPITULO IV

4.1 HIPOTESIS GENERAL:

El tipo de estrategia que aplican los odontólogos durante la atención incide significativamente en el comportamiento de los niños atendidos en el programa de salud bucal escolar del Área de Salud #1.

4.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

- El comportamiento que más adoptan los niños durante la atención odontológica es el miedo.
- Los antecedentes odontológicos traumáticos son la principal causa de mal comportamiento de los niños, durante la atención en la consulta.
- Las estrategias que aplican los odontólogos son ineficientes para cumplir con las exigencias del manejo de los niños durante el tratamiento.
- Existe una relación directa entre las estrategias utilizadas y la colaboración del niño dentro de la consulta odontológica.

CAPITULO V

5. MARCO TEORICO

5.1 ÁREA DE SALUD #1

El Área de Salud #1 –Portoviejo de la provincia de Manabí, con una población estimada de 270.765 habitantes, fue conformada como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública, el 11 de Mayo del 1992, la misma que cuenta con cuarenta unidades operativas entre centros, subcentros y puestos de salud, distribuidos en las zonas rurales y urbanas del cantón Portoviejo y por su gran extensión poblacional , mantiene una gran demanda de usuarios que requieren servicios de salud de manera eficaz y oportuna.

En la provincia de Manabí existen diferentes Áreas de salud, determinado que en la ciudad de Portoviejo se encuentra en el Área que esta conformada por la unidad de conducción del Área (UCA) y las Unidades Operativas que actualmente suman un total de 37 unidades funcionando, distribuidas 21 zonas urbano periféricas y 15 en la zona rural del cantón Portoviejo y 4 parte de la estructura del área como subcentro de salud.

Ubicación: Cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí. Limita al norte por los cantones Rocafuerte, Junín, Bolívar y Sucre al sur por el Cantón Pichincha y al oeste con el Cantón Montecristi y el Océano Pacífico.

Extensión: 967,5 Km.

Orografía: El Cantón, abarca una zona de colinas muy bajas y valles aluviales.

Hidrografía: Río Portoviejo, cuyos afluentes nacen del lado occidental de la Cordillera costanera cerca de Poza Honda y una vez en el valle se dirigen al noroeste para desembocar en el Océano Pacífico.

5.1.2 SUBCENTROS DE SALUD QUE PERTENECEN AL ÁREA DE SALUD #1

Las unidades operativas que pertenecen al Área de salud N°1 son:

CS Portoviejo, SCU Los Ángeles de Colón, SCU El Rodeo, SCU Fátima, SCU Pacheco, SCU Nuevo Portoviejo, C.S Andrés de Vera, SCU Colón, SCU El Florón, SCR El Limón, SCR El Naranjo, SCR Estancia Vieja, SCU Piñonada, SCU Picoazá, SCU San Alejo, CS San Pablo, SCR Crucita, SCR Los Arenales, SCU 1 de Mayo, SCU Mejía (El Arroyo) A 2, Mejía (San Pablo) A 1, SCU La California, SCU San Cristóbal, CS Calderón, SCU Alajuela, SCR Cañales, SCR Chirijos, SCR Pueblo Nuevo, SCR Palmas Juntas, SCR Pimpiguasi, SCR San Plácido, SCU Río Chico, SCR El Gramal, SCR La Balsita, SCR La Encantada, SCR Playa Prieta, SCU Municipal.

En este trabajo investigativo se escogió, a 18 unidades como son: SCS San Pablo, SCS. Los Arenales, SCS Los Tamarindos la California, CS. Portoviejo, CS Andrés de Vera, S.C.S 1 de Mayo, SCS. Los Ángeles de Colón, S.C.S San Cristóbal, SCS. El Florón, SCS. Crucita, SCS. La Piñonada, CS. Calderón, SCS. San Alejo, SCS. El Naranjo, SCS. El Limón, SCS. Francisco Pacheco, SCS. Fátima, Hospital de Portoviejo.

5.2 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El concepto de estrategia es el de “una ciencia militar que se ocupa de elegir los objetivos y de coordinar los planes de una campaña”.¹ En el ámbito odontológico se localizará la misma situación ya que se hallarán en una continua guerra por prevalecer las necesidades del profesional y del infante atendido.

“Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea”.²

“El propósito es dar a conocer algunas técnicas que debe poner en práctica el odontólogo para la comprensión y manejo de la conducta del niño, con el fin de facilitar el tratamiento del paciente a la consulta odontológica.

5.2.1 TECNICAS

- CONTROL MEDIANTE LA VOZ
- MODELAMIENTO
- REFORZAMIENTO POSITIVO
- DESENSIBILIZACION
- TÉCNICA DE 4 MANOS
- DECIR, MOSTRAR, HACER
- DISTRACCION

¹ Diccionario “Pequeño Larousse” Dr. Miguel de Toro y Gisber, editorial Larousse 2000 Pág. 441

² Mauricio Moya I. Dr., Mercedes Pinzón B. Dra., Otros, “Odontología Básica Integrada”, Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia Pág. 16

5.2.1.1 TECNICA DE ADAPTACION DECIR, MOSTRAR, HACER

La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido.

Varios autores sugieren que se debe seguir esta técnica al momento de colocar el anestésico local.

Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá.

El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.

5.2.1.2 CONTROL MEDIANTE LA VOZ

El dentista puede utilizar una voz dulce y amistosa, haciéndola firme si fuera necesario.

El tono de voz es muy importante.

Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño.

Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles.

5.2.1.3 DESENSIBILIZACION

Técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante.

Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen ansiedad.

Es poco práctica en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas.

5.2.1.4 MODELAMIENTO

Se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental.

Un niño es capaz de aprender patrones de conducta , mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido.

Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones:

- Que el observador esté en estado de alerta.
- El modelo debe tener status.
- Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador”.³

5.2.1.5 REFORZAMIENTO POSITIVO

“Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales”.⁴

“Refuerzos de actividad, participación en una actividad agradable y jugar. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo.

³ www.actaodontologica.com/

⁴ www.ortodoncia.ws/

Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo”.⁵

5.2.1.6 DISTRACCIÓN

“El dentista puede contar una historia para desviar la atención del niño. Se trata de conquistar al niño con algo que llame su atención distrayéndolo del tema central que es el tratamiento”.⁶

5.2.1.7 TECNICA DE 4 MANOS

“Es la que realiza el odontólogo en colaboración con su auxiliar.

En este caso el auxiliar se colocará al frente del odontólogo brindándole ayuda al realizar el tratamiento teniendo contacto visual con el paciente, y siendo parte la conversación de éste con el odontólogo, llegando a actuar de manera determinada según se presente el comportamiento del niño.”⁷

5.2.2 PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA

“Si bien el tratamiento odontológico no es asumido por los sistemas públicos de salud en muchos países, es un problema de salud, que a la mayoría de las personas preocupa y angustia cuando debe enfrentarse a él, bien sea para uno mismo o para los hijos.

Hoy en día la odontología como cualquier otra ciencia se mueve en un campo multidisciplinar, es decir, actúa conjuntamente con múltiples profesionales de otros ámbitos de forma que están preparados para derivar los problemas que no sean de su ámbito a estos especialistas. Entre estos

⁵ www.actaodontologica.com

⁶ www.areapadres.com

⁷ Mauricio Moya I. Dr., Mercedes Pinzón B. Dra., Otros, “Odontología Básica Integrada”, Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia. Pág. 52

profesionales se encuentran los de la salud mental, y concretamente los psicólogos”.⁸

Aspectos psicológicos en la Odontopediatría

“El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares. Mientras mayor sea el conocimiento, obtenido en entrenamiento formal, experiencia, o ambas, mayores son las posibilidades de tener buenos resultados en las tres importantes áreas de la conducción del paciente. Estas áreas incluyen: la predicción de la conducta en situación clínica, el manejo adecuado de problemas conductuales y, en el caso de menores inadecuadamente tratados con anterioridad, mejor habilidad para explicar, racionalizar y modificar las circunstancias que motivaron los trastornos.

El dentista debe estar capacitado para medir la habilidad de su paciente para manejar situaciones nuevas y su disposición para adaptarse, y cooperar a las diversas actividades que representa el tratamiento”.⁹

5.2.2.1 APORTACION DE LA PSICOLOGIA

“Los hábitos en general son actos que se convierten en una costumbre o práctica adquirida gracias a la frecuente repetición de dicho acto. La adquisición de hábitos saludables relacionados con la higiene bucodental debe aprenderse desde edades muy tempranas; es el campo que abarca la prevención y que pretende evitar que aparezcan problemas posteriormente.

⁸ www.saludmental.info/

⁹ Carolina Olivera C. carolina_-1444@aroba@hotmail.com

La psicología y la odontología trabajan conjuntamente en la aparición y manejo del miedo, factor en muchas ocasiones asociado a la consulta del dentista. Cuando éste aparece puede provocar situaciones como evitar llamar para pedir una cita, evitar revisiones periódicas, que se den conductas durante la consulta como cerrar la boca, ladear la cabeza, levantarse, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar. Dentro de los miedos se han hecho estudios que indican que los más frecuentes están asociados al hecho de ver la jeringa, al pinchazo de la anestesia, a escuchar el sonido del torno y a la visión de éste. Y respecto a las intervenciones las más temidas son las extracciones de piezas y las endodoncias.

La prevención del miedo se realiza fundamentalmente con niños. Para ello se utilizan diferentes técnicas como crear un medio ambiente controlado y seguro que no le resulte invasivo al niño, utilizando muebles infantiles y juguetes en la sala de espera; es importante que todo el personal tenga un buen entrenamiento encaminado a controlar adecuadamente el comportamiento del niño, utilizando además un vocabulario y reforzadores apropiados; en todo este manejo también es bueno permitir que el niño se familiarice con los instrumentos dentales que se van a utilizar. Otra de las premisas es evitar, siempre que sea posible, que se utilicen con el niño medidas y procedimientos invasivos.”¹⁰

5.2.2.2 PSICODENT

“La psicología aplicada a la Odontología (PSICODENT) es una rama de la Psicología a la que cada vez recurren más profesionales del sector dental que, a medida que la aplican, van comprobando los beneficios de “cuidarse psicológicamente”, haciendo de ésta una herramienta imprescindible en su quehacer cotidiano.

¹⁰ www.saludmental.info/

El interés de “PSICODENT” es seguir educando en recursos varios al equipo odontológico para que pueda seguir siendo una profesión gratificante y con el menor coste psico-emotivo posible. A través de la aplicación de técnicas ya comprobadas y el descubrimiento o desarrollo de otras que puedan ser de utilidad en el contexto concreto de la Odontología.

5.2.2.2.1 APLICACIONES DE PSICODENT

- Gestión del equipo odontológico.
- Aumentar el bienestar emocional de la persona-odontóloga; mejorar la calidad de vida como fin último.
- Conocer a las personas, sus reacciones, motivaciones, patologías..., y poder manejar tranquilamente reacciones y situaciones conflictivas.
- Aprender técnicas de escucha, entrevista, asertividad, respuesta, negociación, convencer, motivar..., de tal modo que se haga de una forma espontánea sin que esto sea un coste añadido al trabajo.
- Detectar, prevenir síndromes de estrés laboral: insomnios, dolores musculares, psicosomatizaciones.
- Crear y mantener un buen ambiente de trabajo, detectar problemas intraconsulta.
- Manejar pacientes con ansiedad-miedo, incluso tratar psicológicamente fobias dentales.
- Evaluar al equipo de trabajo para potenciar los recursos de que dispone cada componente y mejorar sus puntos más débiles o detectar carencias y formarles.”¹¹

¹¹ www.dentaldoctors.es/

5.2.2.3 HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA (HIPNODONCIA)

“La hipnodoncia es una rama de la odontología que se ocupa del uso y de la aplicación de la hipnosis o de cualquier otra forma de sugestión controlada en la práctica Odontológica sobre todo por la analgesia hipnótica, la preanestesia y la anestesia clínica.”¹²

“Hoy la hipnosis clínica cognitiva es una terapia reconocida mundialmente para el tratamiento y controlar enfermedades psicósomáticas, adicciones y aliviar el dolor. En estado hipnótico nuestro cerebro se potencia: Es equivocado creer que perdemos libertad.

Aunque los especialistas del mundo no se han puesto de acuerdo para dar una definición precisa sobre la hipnosis, se puede decir que es un estado especial de la conciencia al que se llega inducido por otra persona.”¹³

5.2.2.3.1 HIPNOSIS DINÁMICA EN ODONTOPEDIATRIA

“La hipnodoncia, es decir el uso de la hipnosis en odontología tiene una larga historia. Los dentistas que se encuentran en la práctica de todos los días de frente al problema del dolor, agudo o crónico, ha siempre demostrado un vivo interés en las técnicas hipnóticas.

Las aplicaciones de la Hipnosis Dinámica toman en consideración el primer encuentro con el nuevo paciente para entender rápidamente su tipología psicológica y sus exigencias humanas, con el fin de establecer una relación empática y así adquirir su confianza.

El lenguaje de los gestos y el Simbolismo comunicacional de tipo no verbal, permitirán al profesional utilizar totalmente la Hipnosis Dinámica para la

¹² www.bacommunication.com

¹³ www.hipnosisnet.com.

analgésia hipnótica, la eliminación del dolor post operación y el miedo del dentista.”¹⁴

5.2.3 RELACIONES HUMANAS: LA CALIDAD, BASE PARA LA EXCELENCIA EN NUESTRO SERVICIO

5.2.3.1 INTRODUCCION

“El equipo odontológico está compuesto por el odontólogo, el auxiliar de higiene oral y el auxiliar de consultorio odontológico, el cual desempeña un papel muy importante pues representa la cara amable de la Odontología. El ambiente de este sitio de trabajo debe ser cálido, ya que las personas que allí asisten, generalmente llegan nerviosas y aprehensivas; por tanto, es básico que el auxiliar de consultorio odontológico maneje una serie de conceptos sobre relaciones humanas, calidad en el servicio y la importancia de la excelencia en el trabajo.

El primer paso para la excelencia en el servicio es conformar un buen equipo de trabajo, donde prime un ambiente de respeto y cordialidad, el cual es percibido por el paciente.

El segundo paso es impactar positivamente a los pacientes; tratarlos como si fuera cada uno el más importante de todos, sin importar su condición social, económica, religiosa o política.

El tercer paso es desarrollar muchas de las cualidades que ya se poseen y empezar a desarrollar otras. Es apropiarse de una serie de actitudes que todos los seres humanos deben tener para garantizar no sólo el bienestar propio sino el de los demás.

¹⁴ www.bacommunication.com

5.2.3.2 GUIA PARA EL ÉXITO EN LAS RELACIONES HUMANAS

1. Respetar a todo ser humano.

Las relaciones interpersonales deben enmarcarse dentro del respeto mutuo, respetando las diferencias de raza, edad, credo, política, etc. El trato con cada una de las personas con las que se interactúa debe ser de respeto, iniciando. El tuteo debe restringirse exclusivamente a los niños, pues les da cierto grado de confianza.

2. Evitar criticar a las demás personas. Frenar los impulsos al hablar.

La discreción en los comentarios fuera de tono, frente al paciente o delante de los compañeros de trabajo, van a permitir tener unas relaciones interpersonales más amables.

3. Dar a todo momento buen ejemplo:

Honestidad, honradez, lealtad, responsabilidad, Seguridad en el trabajo, mostrarse alegre y optimista, dominar las reacciones agresivas, escuchar atentamente a su interlocutor, ser atento, amable y cordial con todas las personas, mantener nuestro entorno en orden y aseo, manejar los momentos de verdad.

5.2.3.3 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

La visita al consultorio odontológico nunca ha sido agradable, ya que siempre ha venido asociada con el dolor. Por lo que el paciente odontológico llega generalmente con mucha ansiedad y miedo, a demás la mayoría de las veces los tratamientos son largos lo que implica varias sesiones para terminarlos. Por lo tanto mientras el paciente permanezca en el consultorio

hasta que sale de él, debe dársele una atención cordial y armónica: en todo esto desempeña un papel muy importante el auxiliar de consultorio.

5.2.3.3.1 PASOS A SEGUIR PARA LA ATENCION EL PACIENTE

1.- Al abrir la puerta y hacer seguir al paciente, sin guantes ni tapabocas. Saludar con una sonrisa.

2.- Hacerlo seguir a la sala de espera, registrar sus datos personales y comprobar su cita. Explicarle el funcionamiento administrativo de la consulta, periodicidad de las citas, horarios de atención, formas de pago, etc.

3.- Al llegar su turno, se dirigirá a el por su nombre y se lo invitara a ingresar a la consulta. Indicándole como ingresar en el sillón y colocándole delantal para impedir salpicaduras en su ropa.

4.- El auxiliar debe tener contacto visual con el paciente y estar pendiente durante la sesión de tratamiento no solo de las necesidades del odontólogo, sino también de las necesidades de este.

5.- Al finalizar la sesión, el auxiliar limpiara la cara del paciente y en lo posible le ofrecerá un espejo para que observe el trabajo realizado.

6.- El auxiliar siempre debe motivar y educar al paciente para que siga las instrucciones del odontólogo y así garantizar la efectividad del tratamiento.

5.2.3.4 CALIDAD EN EL SERVICIO

En la actualidad la oferta en los servicios de salud ha aumentado y dentro de estos los servicios de odontología. Hay proliferación de instituciones prestadores de salud: públicas y privadas, consultorios particulares, etc.; por lo tanto para sobrevivir en el mercado es importante trabajar con calidad.

CALIDAD EN SALUD:

Es la utilización óptima y segura de los recursos científicos, técnicos y físicos en una institución de salud, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

5.2.3.5 EXCELENCIA EN EL SERVICIO

Para lograr niveles de excelencia no solo se debe satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, sino superarlas, ir mas allá, adelante a lo que él espera. Cubrir no solo las necesidades del cliente externo, paciente o usuarios, sino también las de los clientes interno, empleados o colaboradores en la institución o consultorio.¹⁵

5.2.4 CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Si los padres tienen buenas condiciones como modelos podrían permanecer en caso seleccionados detrás del sillón y fuera de la vista del niño como observadores pasivos.

En el aspecto positivo, hay que suponer que no hay nadie más interesado que los padres en el particular problema odontológico de su hijo y su presencia ayuda en la educación simultanea del niño y su familia, como así mismo ir obteniendo mejor evaluación del paciente, las características de su entorno, sus propias vivencias odontológicas, el tipo de relación que les une, etc.

¹⁵ Mauricio Moya I. Dr., Mercedes Pinzón B. Dra., Otros, "Odontología Básica Integrada", Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia. Pág. 11, 12,14,15,16,17,18

5.2.4.1 CONSENTIMIENTO FIRMADO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

A menudo, en la ficha dental no se piensa en el consentimiento firmado para el tratamiento dental. El consentimiento para que un odontólogo lleve a cabo un tratamiento, ya sea una limpieza dental o una extracción quirúrgica, queda implícito cuando el progenitor y el cuidador del niño acuden a la clínica quirúrgica. No obstante es responsabilidad del odontólogo suministrar toda la información y los detalles necesarios de tal forma que sea posible un “consentimiento firmado”.

5.2.4.2 INFORMACION AL PROGENITOR AL COMIENZO DE LA SESIÓN

Esto incluye una explicación del tratamiento, con las palabras adecuadas para facilitar la total comprensión de los planes de tratamiento propuestos.

Este consentimiento abarcaría el periodo de tiempo necesario para completar el trabajo previsto, si el plan de tratamiento planeado sufre alguna alteración significativa “por ejemplo una extracción que no había sido prevista”, se deberá obtener un nuevo consentimiento del progenitor o del cuidador y registrando en la ficha.

Generalmente, al realizar un trabajo clínico en un paciente infantil, conviene informar brevemente al progenitor al comienzo de la sesión de lo que se pretende hacer durante la misma. Además conviene adelantarle el tratamiento previsto para la siguiente sesión. Esto tiene una importancia muy especial si se prevé una intervención más invasiva, como la administración de un anestésico local o la extracción de un diente.

5.2.5 TRATAMIENTO CONDUCTISTA NO FARMACOLOGICO

Este procedimiento pretende lograr una conducta positiva del niño sin llegar a la utilización métodos farmacológicos como el uso de anestesia, sedación, ingesta de medicamentos, etc.

5.2.5.1 OBTENCIÓN DE UNA CONDUCTA POSITIVA POR PARTE DEL NIÑO

Los odontólogos, como miembros del equipo asistencial de niños y adolescentes deben familiarizarse con una serie de métodos prácticos que puedan aplicar basados en un conocimiento de los principios psicológicos y de los diferentes aspectos del crecimiento y el desarrollo.

Es muy importante que las sesiones terapéuticas con niños y adolescentes sean positivas, ya que las investigaciones demuestran claramente que esas experiencias precoces tienen un efecto considerable sobre la actitud en etapas posteriores de la vida.”¹⁶

“Los niños menores tienen poco margen de tolerancia y concentración. Los objetivos inmediatos con estos pacientes deben ser basados en esa realidad. El buen comportamiento del paciente debe ser señalado y reconocido”.¹⁷

¹⁶ A. Cameron R. Widmer, “Manual de odontología pediátrica, editorial Panamericana 2000 Pág. 20

¹⁷ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela. Pág. 54

5.2.6 ADAPTACION DEL NIÑO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

“A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

5.2.6.1 CONCEPTO DE ADAPTACION

CONCEPTO DE ADAPTACIÓN:

Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología.

CONDUCTA ADAPTATIVAS:

Significa adaptación a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje.

5.2.6.2 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

- Ambiente odontológico
- Odontólogo
- Personal Auxiliar
- Padres

- Niños
- Primera visita odontológica

5.2.6.3 AMBIENTE ODONTOLOGICO

El primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto.

Es necesario establecer un área adecuada, recreativa, separada del consultorio, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alentará al niño a separarse de sus padres cuando él se incorpore a la sala clínica. Además, permitirá disminuir la ansiedad en la espera de la consulta”.¹⁸

“El consultorio dental ha de estar adecuado al entorno socioeconómico de la zona. En el caso de las clínicas de odontopediatría el ambiente, sobre todo de la sala, de ha de ser agradable y familiar para los niños”.¹⁹

5.2.6.4 PRIMERA VISITA AL ODONTOLOGO

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

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: exámen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc; todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental.”²⁰

¹⁸ www.actaodontologica.com

¹⁹ www.odontopediatria.html

²⁰ www.actaodontologica.com

“El dentista sabe manejarse muy bien con los niños y son especialistas en describirles los instrumentos a los niños de un modo menos amenazador y en un lenguaje más comprensible.”²¹

“La primera visita del paciente infantil es entonces de mucha importancia en el desarrollo de la seguridad emocional del paciente. Por esto el dentista tiene un papel trascendente, ayudándole a adaptarse a una situación difícil, similar a otras que el niño deberá enfrentar tarde o temprano cada acción que se realiza permite evaluar psicológicamente al niño, cada dificultad vencida ha de ser señalada como un logro valioso. Es interesante si pone atención a las explicaciones previas o de higiene, cómo se comunica, verbal o silenciosamente con el dentista que lo está atendiendo, su facilidad para aceptar procedimientos nuevos. El resultado óptimo final debería ser una relación positiva recíproca entre el menor y el dentista, que puede ser determinante en la actitud futura del paciente frente a la odontología.”

“Es importante reconocer que mientras el dentista se encuentra evaluando al niño, éste hace lo mismo con él, desde que llega a la consulta, hay que tener presente la forma en que el niño es capaz de detectar cualquier signo de indecisión o insinceridad de parte del profesional. Hay una interacción del niño, sus padres, el dentista y el ambiente odontológico que provee fuentes de aceptación o de rechazo que deben ser reconocidas por el profesional.”²²

5.2.7 EL PERSONAL AUXILIAR

“La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala

²¹ www.areapadres.com/

²² Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela, Pág. 34

operatoria. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener una apariencia agradable.”²³

5.2.7.1 FUNCIONES DEL AUXILIAR

“Refiriéndonos al rol del auxiliar o asistente, difieren dependiendo del sitio donde vayan a realizar. Un asistente de consultorio odontológico que trabaje a nivel institucional tendrá que desempeñar unas funciones algo diferentes a aquel que trabaja en una asistencia odontológica particular que debe desempeñar funciones tales como: deben atender las llamadas, dar las citas, hacer la recepción de los pacientes y trabajos de laboratorio, cobrarle al paciente de los costos del tratamiento, algunas se encargan de pagar los servicios públicos y hacer las consignaciones de dinero en los bancos, llevar un libro contable, además de instrumentar, manipular biomateriales y estar pendiente el orden y aseo de planta física, muebles y enseres.

Mientras que en una institución pública sus funciones serán básicamente dentro de la consulta tanto el unidad asistencia odontológica como con el paciente.

5.2.7.2 ODONTOLOGIA A CUATRO MANOS

Áreas de trabajo

Mucho se ha discutido respecto a la forma como se debe ubicar el operador, el auxiliar, los módulos de ambos, los materiales y el instrumental alrededor del paciente, de acuerdo a la posición con respecto a las manecillas del reloj:

Área del operador: De 8 a 12.

Área o zona estática: De 12 a 2 en ella se colocan los materiales, instrumental y equipo de empleo poco frecuente (amalgamador, soldador de puntos)

²³ www.actaodontologica.com/

Área del auxiliar: De 2 a 5 en el área de actividad del asistente, los instrumentos que son usados con más frecuencia, están ubicados aquí, cerca de la boca del paciente. El espacio que limita con su mano izquierda debe de estar libre de cualquier obstáculo para facilitarle la transferencia de instrumentos que se encuentran en la platina.

Área de transferencia: De 5 a 8. El intercambio de instrumentos debe ejecutarse cerca de la boca del paciente, más exactamente sobre su pecho, sobre el cual lo único que debe estar colocado es un babero, ningún instrumento, loseta de vidrio o material o material debe estar en este sitio, el paciente no es un estante, no es mueble. La utilización de las manos y sus ojos en el campo operatorio.”²⁴

5.2.7.3 PADRES

“Para el dentista puede ser un motivo de tensión la presencia de los padres durante el tratamiento, sobre todo en acciones relativamente complejas (periodo de preinyección e inyección, instalación de aislamiento absoluto, etc).

Algunos padres desean ayudar al niño permaneciendo al lado del sillón, tomándoles de la mano, repitiéndole las instrucciones del dentista o añadiendo otras propias, consolando al niño usualmente con ideas erróneas sobre propósitos del profesional. Este se transforma así en una especie de observador activo, con su propia secuencia de instrucciones y propósitos. Esta circunstancia hace que el niño reciba una multitud confusa de información que perjudica su adaptación a los acontecimientos. Las conversaciones que los niños han tenido con sus padres causan mucha influencia en la actitud de estos en la consulta.

²⁴ Mauricio Moya I. Dr., Mercedes Pinzón B. Dra., Otros, “Odontología Básica Integrada”, Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia Pág. 52, 57

5.2.7.4 ODONTÓLOGO

El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares. Mientras mayor sea el conocimiento, obtenido en entrenamiento formal, experiencia, o ambas, mayores son las posibilidades de tener buenos resultados en las tres importantes áreas de la conducción del paciente.”²⁵

“La profesión de Odontología se da en un contexto “relacional”, es decir, en constante comunicación con personas. En este sentido es una profesión gratificante, pero también costosa emocionalmente ya que el equipo odontológico tiene que lidiar con todas las frustraciones, miedos, “malos modos”, agresividades, inseguridades, tópicos, prejuicios, personalidades, motivaciones, expectativas con las que acude a consulta dental cada uno de los pacientes.”²⁶

“La información debe ser veraz, concreta y sencilla, debe reflejar la idea que el profesional tiene los conocimientos, habilidades y medios suficientes como para completar el tratamiento en buenas condiciones, y al mismo tiempo que está capacitado, para ayudar al paciente, a conseguir los propósitos de las acciones clínicas, con un mínimo de molestias.”²⁷

5.2.7.5 NIÑOS

“El desarrollo psicológico del niño entrega antecedentes básicos para analizar la conducta de este y evaluar el nivel alcanzado en el momento en que el dentista lo observa por primera vez. La interpretación exacta de las conductas evidenciadas por el paciente asegura el éxito en el manejo del

²⁵ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela Pág.31

²⁶ www.dentaldoctors.es/

²⁷ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela Pág. 39

niño y permiten adecuar las técnicas para cada paciente en partícula durante su experiencia odontológica y reforzar modos de comportamiento que facilite su adaptación al tratamiento y mejorar sus motivaciones, y habilidades para el auto cuidado.

Los niños necesitan ser queridos y saberlo: el sentimiento del adulto a de ser autentico, ya que aquellos perciben con mucha rapidez la insinceridad. Si el dentista no tiene agrado por los menores tendría que fingir y eso representa un obstáculo mayor en relaciones con esos pacientes”.²⁸

5.3 COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS

5.3.1 COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA

“Para el dentista resulta útil poder categorizar objetivamente las conductas que los niños, estas pueden observarse desde los pequeños contactos y ser debidamente evaluadas, si se quiere hablar individualmente frente a ellas.

Si se observa el aspecto cooperación de los pacientes, factor innegable importancia para el clínico los niños pueden agruparse en:

➤ COOPERADORES:

La mayoría de los niños pueden ser clasificados en este grupo según nuestra propia experiencia, al utilizar la escala de Frankl, estos pacientes están por lo general, razonablemente relajados, con un mínimo de temor, entusiastas o en ocasiones, estableciendo con el dentista una rápida y fácil comunicación, su capacidad de adaptación les permite cumplir con los requerimientos de las acciones clínicas.

²⁸ **Carolina Olivera** C.carolina_-1444@aroba@hotmail.com

El paciente cooperador puede, en consecuencia, ser atendido de manera experta y eficiente.

➤ FALTA DE CAPACIDAD DE COOPERACIÓN:

Puede ubicarse aquí aquellos pacientes con los cuales no puede establecerse comunicación: niños muy pequeños y niños con retraso mental.

➤ COOPERADORES POTENCIALES:

Pacientes en esta categoría son los niños problema, su conducta no es cooperadora, pero a diferencia del grupo anterior se modifica favorablemente. Algunas manifestaciones típicas en este grupo son descritas a continuación:

a.- conducta incontrolada: son niños entre 3 y 6 años, en su primera visita al dentista su reacción es de pataleta, empezando en la sala de espera y se caracteriza por lagrimas, llanto fuerte, movimiento brusco de brazos y piernas, tirarse al suelo y resistir intentos por pararlo, presentando miedo o ansiedad aguda.

Ante este caso el odontólogo debe retirar al niño de la sala de espera para no causar una reacción en cadena en los otros niños; los movimientos del niño deben detenerse para evitar daño a si mismo o al equipo; y finalmente establecer una vía de comunicación caso contrario, es imposible esperar los procedimientos.

b.- conducta desafiante.- puede estar presente en niños de diversas edades, mas típica en los escolares, con expresiones tales como “no quiero”, “vete”. Su comportamiento es similar en su casa debido a faltad e disciplina por parte de los padres.

El odontólogo debe actuar de manera firme y clara obteniendo resultados dramáticos.

c.- Resistencia pasiva: se observa con mas frecuencia en niños mayores aproximándose a la adolescencia; ellos suelen tener como es lógico una mayor autonomía; si sin forzados a la situación de estar en la consulta, pueden revelarse. El niño se encontrara sentado en el sillón, tenso, con la boca cerrada, evitando la mirada y rehusando a hablar o responder, puede ser un problema difícil. La negociación cuidadosa suele solucionar la situación, se requiere comprensión de su conducta y establecer una vía de comunicación reconociendo sus causales.

d.- Timidez: esta es una forma leve de negativismo que manejada erróneamente puede pasar a conducta incontrolada. Sus conductas pueden ser: se esconde entre su mama, sin embargo, no resisten demasiado cuando se les separa, su expresión facial es inestable, a veces hacen gestos de autodefensa, suelen aguantar las lágrimas. Hay muchas razones que explican esta conducta, sobreprotección, falta de contacto social, etc.

La timidez puede desarrollar miedo a la odontología.

El niño necesita más confianza en sí mismo y en el odontólogo con explicaciones y demostraciones ya que las personas ansiosas no entienden lo que se les dice.

e.- cooperador tenso. Es una situación limítrofe, entre conductas negativas y positivas, los niños aceptan el tratamiento, pero hay varios signos corporales que delatan tensión:

Siguen los movimientos del dentista con los ojos, hay temblor en la voz, transpiración en las manos, cejas y labio superior. Es fácil equivocarse si el dentista, muy ocupado o poco observador no hace un diagnostico de la

situación, en este caso el niño aceptara el tratamiento pero tendrá una mala imagen del odontólogo.”²⁹

“En síntesis, el comportamiento del niño, favorable o no a la asistencia odontológica, es explicado en una perspectiva integral, condicionado por factores de naturaleza intrínseca y los que derivan de su entorno social total.”³⁰

5.3.1.1 SOCIAL Y FAMILIAR

“Geral Writgh (1975) y Jurita Maryalusia (1979) identificaron que los niños de clase baja tienen grandes temores al odontólogo. Alpern (1975) reconoció comportamiento colaborador en la consulta odontológica en los niños que procedían de grupos con elevado nivel socio-económico (26) y La Corte (1978), encontró que el nivel educativo de los padres influye en cómo se comporta el niño en su visita al consultorio odontológico, a medida que el nivel educativo de los padres o representantes disminuyó, se incrementaron los comportamientos inadecuados y los niños que integraron los grupos sociales obreros y subempleados fueron menos colaboradores y más temerosos al tratamiento.” ³¹

“Situaciones emocionales especiales: los desajustes familiares son aspectos importantes que debemos tener en cuenta a la hora de recoger datos del niño. Las familias que presentan desajustes crónicos continuos determinan problemas mayores o menores en ellos, que dependen de una serie de factores, e intervienen en el comportamiento del niño en el consultorio.

²⁹ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela Pág. 42, 43, 44

³⁰ [fundacta\[arroba\]actaodontologica.com](http://fundacta[arroba]actaodontologica.com)

³¹ www.actaodontologica.com

Discusiones entre los padres, viaje prolongado de uno de ellos, nacimiento de un nuevo hermano, entre otros, son elementos que afectan el comportamiento del niño.

Forma en que el niño es tratado en casa y forma de comportamiento familiar: el niño que vive en el seno de una familia miedosa, también tenderá a exagerar esta característica.”³²

5.3.1.2 SEXO Y EDAD

“Algunos autores no han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo. Otros indican alto grado de ansiedad en mujeres comparadas con los hombres. Entre las causas de estas diferencias se podrían considerar el alto porcentaje de mujeres que responde a las encuestas. También podría ser fruto de la aceptación social general de normas que permiten a las mujeres expresar con más libertad sus ansiedades, basados en diferentes roles sociales y expectativas. Probablemente la ansiedad dental en hombres es expresada a través de otras vías menos directas. Un apoyo indirecto para esta premisa podría encontrarse en el hecho de que entre los pacientes que sufren de severos miedos dentales, la salud oral está significativamente más deteriorada en hombres que en mujeres. Las mujeres están más abiertas a admitir su ansiedad dental y a iniciar el tratamiento.

Los niños refieren más sensación de miedo que los adultos. Díaz Pisan considera que el temor y la ansiedad frente al tratamiento odontológico son problemas frecuentes en niños y adolescentes.”³³

³² Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett . "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.

³³ Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett . "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.

“La edad entre 3 y 4 años se ha considerado la mejor para presentar el niño al odontólogo (Massler, 1974), pero es en este período que se observaron más manifestaciones de miedo en la sala clínica, por lo que el especialista deberá tener la precaución de obtener de los padres o representantes la información que se requiera para un acercamiento exitoso y adecuada selección de procedimientos para la atención odontológica.”³⁴

“En la infancia (nacimiento a los dos años) el ambiente odontológico es extraño y amenazante , no existe coordinación suficiente para obedecer órdenes, la resistencia y el llanto es normal y reacciona con violencia y pánico cuando es separado de los brazos maternos. De los dos a cuatro años (niñez temprana), el niño no habla con personas extrañas, puede responder a indicaciones directas pero retorna a la infancia y busca refugio en la madre cuando se enfrenta a situaciones que le provocan ansiedad o miedo. En la edad pre-escolar (cuatro a seis años), la conducta es impredecible y puede oscilar de la no cooperación a la docilidad, de la sumisión a la cooperación inteligente y feliz; el niño acepta procedimientos odontológicos sencillos pero cuando éstos se hacen más complejos sufre un proceso de regresión y desea volver a su madre. El escolar (seis a nueve años) , tiene la capacidad de aceptar la autoridad del odontólogo y prefiere estar solo con él; aunque persisten muchos temores, algunos desde la niñez y otros recién adquiridos.”³⁵

5.3.1.3 MOTIVO DE LA PRIMERA CONSULTA

“La causa de la ansiedad se postula como multifactorial, siendo el motivo más universalmente referido una experiencia traumática previa, seguido por otros como la actitud aprendida de su entorno.

³⁴ www.actaodontologica.com

³⁵ fundacta@arrobaactaodontologica.com

Lo cierto es que la percepción individual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental. Para Catalá es muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental como una conducta aprendida, ya que al menos dos tercios de los adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en una experiencia traumática durante la infancia o la adolescencia. También se da el caso, empero, de personas que admiten haberse sentido relajadas en la consulta durante las primeras visitas, y han desarrollado el miedo a lo largo del tratamiento.

Este grado es mayor cuanto peores hayan sido las condiciones pretratamiento, es decir, para aquellos niños que ya pasaron por experiencias desagradables, los que recibieron informaciones distorsionadas con respecto al tratamiento, los de menos edad, aquellos que pasaron por tratamientos médicos prolongados o sufridos.

A estos niños debemos proporcionarles las condiciones más favorables para que ocurra la disminución de la ansiedad y la tensión, aunque para esto tengamos que provocar cierto retraso o disminución en el ritmo de trabajo clínico.”³⁶

5.3.2 LAS EDADES Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

“Para poder comunicarse eficazmente con un niño o un adolescente hay que tener en cuenta ciertas nociones sobre el desarrollo intelectual. Por ejemplo, consideremos como puede afectar el siguiente comentario chistoso de forma diferente a un niño de 4 años y a otro de 11 años: “Quédate bien quietito para que no te taladre la cabeza accidentalmente” un niño de 11 años vera que el odontólogo no habla en serio. A los 11 años, el niño a alcanzado la

³⁶ Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett. "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.

“fase de operaciones concretas” y puede usar la lógica para comprender que el odontólogo está exagerando.

Por otro el niño de 4 años en la fase, en la fase preoperativa, puede asustarse con el comentario sarcástico. A menudo los niños de estas edades se toman al pie de la letra lo que les dicen los adultos.

5.3.2.1 FASES DEL DESARROLLO INTELECTUAL DE PIAGET

Las cuatro etapas del desarrollo intelectual de Piaget.

El desarrollo infantil abarca mucho más que los cambios físicos del niño. Consiste en un despliegue secuencial de diferentes capacidades. Piaget postulo que:

- Todos los niños pasan por la misma etapa de secuencia de etapas cognitivas.
- Los niños no pueden acceder a un nivel superior de capacidad de razonamiento mientras no lleguen a dominar las experiencias de la etapa previa.

Fase uno: período sensoriomotor: (0-2años)

Durante este periodo los niños aprenden fundamentalmente a través de los sentidos del gusto, del tacto, la vista, el oído y la manipulación. La introducción de objetos en la boca es un método frecuente de aprendizaje. La inteligencia guarda relación con las sensaciones.

Fase dos: período preoperativo: (2-7 años)

Aunque en esta fase los niños son capaces de desarrollar algunos pensamientos intuitivos, la inteligencia se basa fundamentalmente en la percepción. El experimento clásico de Piaget en esta fase consiste en verter la misma cantidad de agua en dos tubos de ensayo. Se demuestra a los

niños que se ha vertido exactamente la misma cantidad de agua en un tubo largo y estrecho y en un tubo corto y grueso. Los niños de 2 a 7 años suelen decir que el tubo alargado contiene más agua, debido a que su razonamiento está ligado a la percepción. Los niños de la fase preoperativa creen lo que ven y lo que oyen.

Fase tres: periodo de operaciones concretas (7-11 años)

En esta fase los niños desarrollan la capacidad para invertir su pensamiento y usar la lógica fundamental. Empiezan a cuestionarse si sus percepciones son verdaderas. Por ej. Mientras que un niño de 4 años cree en Santa Claus porque lo han visto en un centro comercial, uno de 9 años se cuestionará su existencia por actos como volar en un trineo desafían toda la lógica.

Fase cuatro: periodo de operaciones formales (11-15 años)

Con el comienzo de la adolescencia llega la posibilidad de alcanzar el máximo nivel de desarrollo intelectual: la capacidad para el pensamiento abstracto. No todos los individuos alcanzan esta fase intelectual, los individuos que llegan a ella pueden pensar en forma de proposiciones.”³⁷

5.3.2.2 PERFIL DE MADURACION DE LOS AÑOS PREESCOLARES SUGUN MAGNUSSON

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

³⁷ A. Cameron R. Widmer, “Manual de odontología pediátrica, editorial Panamericana 2000 Pág. 25

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

DOS AÑOS:

Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor. Cansancio fácil.

TRES AÑOS

Curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal. Deseo de imitación.

CUATRO AÑOS:

Gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Confianza en sí mismo.

CINCO AÑOS:

Estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.

SEIS AÑOS:

Alternancia entre el afecto y el rechazo. Autoafirmación. Tendencia a la hipocondría. Poco interés por el orden y la limpieza.”³⁸

5.3.3 MIEDO EN LOS NIÑOS

“Si los adultos sienten temor ante el dentista, qué podríamos decir de los niños, ellos aparte del temor que sienten también miedo por contar con menor capacidad para controlarlo, haciendo de la visita al dentista toda una odisea.

El miedo al dentista se debe a que la mayor parte de los procesos dentales son de carácter invasivo, además entra a tallar el miedo a lo desconocido porque no podemos ver qué está haciendo el dentista, el instrumental

³⁸ www.actaodontologica.com

odontológico y físicamente la boca es un órgano muy sensible. Este miedo se incrementa cuando el paciente es nervioso y en su primera visita al dentista tuvo una mala experiencia.

El mayor problema se presenta cuando el niño debe ser sometido a procesos dentales largos o traumáticos, como por ejemplo los tratamientos de las raíces de los dientes o las extracciones. Al tener miedo, el niño puede presentar cambios fisiológicos como taquicardia, sudoración, respiración agitada o simplemente caer en el llanto incontrolable.³⁹

5.3.3.1 INNATO

“El miedo es innato en el hombre y se manifiesta con naturalidad durante la infancia. Del mismo modo que entre los adultos son escasos los valientes, son pocos los niños que no sienten miedo ante nada.

5.3.3.2 INDUCIDO

En los niños, el miedo toma unas características peculiares, en especial las que dimanan de la estimulación por parte de los adultos. No es extraño que muchos niños sientan miedo de la oscuridad si se les ha amenazado con encerrarles en un cuarto oscuro. Muchos padres, deseosos de que sus hijos sean precavidos y adquieran cautela ante peligros como el fuego, el tránsito o los animales, les inquieta excesivamente, fomentando en ellos el miedo donde debería existir simplemente precaución.

En otros casos, los padres, para conseguir un propósito educativo, no vacilan en atemorizar a los niños con absurdas amenazas. Es el caso clásico y trasnochado “coco” del que, afortunadamente, los niños actuales se ríen socarronamente. Cuando un niño es sensible a estas amenazas, se

³⁹ www.webdelbebe.com/

encontrara atemorizado ante situaciones desconocidas para él y será frecuente la aparición de terrores nocturnos. Si el miedo que experimenta el niño es irracional y de tal intensidad que dificulta su actividad normal, constituye un autentico estado de ansiedad. Es poco frecuente y obedece casi siempre a ciertas experiencias que le causan fuertes impactos emocionales.”⁴⁰

5.3.4 TEMPERAMENTO DE LOS NIÑOS

“Mientras determinados niños suelen sonreír frecuentemente llorando muy pocas veces, otros niños actúan de forma contraria. Estas diferencias, que aparecen desde el nacimiento, muestran diversos temperamentos o estilos característicos e individuales de los niños de aproximarse a los demás y a las situaciones.”⁴¹

“Temperamento tranquilo: se considera que estos niños tienen generalmente un estado de ánimo positivo. Sus funciones corporales son regulares y se les considera adaptables y flexibles. Cuando surgen problemas se espera que reaccionen con una intensidad baja o moderada. En lugar de rehuir las situaciones nuevas, el niño de temperamento tranquilo suelen manifestar una actitud positiva.

Temperamento difícil: Estos niños suelen tener unas funciones corporales irregulares y desarrollan con lentitud unas pautas diurnas para dormir, comer y hacer sus necesidades.

A diferencia de los niños con temperamento tranquilo estos niños suelen reaccionar intensamente ante los problemas.

⁴⁰ “La Salud De Los Hijos”, Enciclopedia Del Hogar, Editorial Prensa Moderna Por Convenio Con Ediciones Nauta S.A. Barcelona España. Pág. 109

⁴¹ www.zonapediatrica.com

Temperamento de reacciones lentas: estos niños tienen predisposición a la timidez. Suelen desarrollar un nivel bajo de actividad. Les cuesta mucho cambiar, ya que se adaptan lentamente y responden negativamente a las situaciones novedosas. Su respuesta natural al cambio consiste en retraerse, y responden ante los problemas con una reacción poco intensa. Aproximadamente un 65% de los lactantes pueden clasificarse dentro de estas categorías. El resto presenta una mezcla de rasgos.”⁴²

5.3.4.1 TEMPERAMENTO Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

“Algunos estudios realizados por los especialistas en el área afirman que los tipos de temperamentos tienen repercusión en las conductas posteriores de los niños. Los más estudiados han sido los llamados “*niños difíciles*”, quienes se han relacionado con problemas de conducta durante la infancia.

Un análisis actualizado de la situación nos indica que aquellos aspectos del temperamento del bebé que dan lugar a la clasificación de “*difícil*”, como el llanto frecuente y la irritabilidad, aumentan la probabilidad de que los padres reaccionen ante el niño de forma poco adecuada, ansiosa, creándose alteraciones en la relación niño-cuidador y, finalmente problemas de conducta en el niño.”⁴³

5.3.4.2 EL NIÑO FACIL Y EL NIÑO DIFICIL

“Basándose en estos aspectos del temperamento los investigadores de la conducta lograron identificar tres estilos de conducta temprana, llamaron a estos estilos “*fácil*”, “*difícil*” y “*de reacción lenta*”.

El niño fácil es rítmico, tiene habitualmente pautas regulares de alimentación, sueño e higiene. Se adapta bien a los cambios de situación y generalmente

⁴² A. Cameron R. Widmer, “Manual de odontología pediátrica, editorial Panamericana 2000 Pág. 21

⁴³ www.zonapediatrica.com

tiene un humor alegre y positivo, les gusta acercarse a objetos o personas nuevas.

Aproximadamente un 40% de los niños pertenecen a este tipo.

El niño difícil es exactamente lo opuesto. Es menos predecible en sus horarios, se siente incómodo cuando cambia la situación, y con frecuencia llora o presenta un humor negativo, es muy inquieto. Rechaza nuevas experiencias.

Aproximadamente se presenta este tipo en el 10% de los niños.

El bebé de reacción lenta también se adapta con dificultad a las situaciones cambiantes y tiende a rechazar a las personas y objetos desconocidos, pero luego paulatinamente va tomando confianza y se integra. Es generalmente menos activo de comienzo hasta entrar en calor. Representa un 15% aproximadamente de los niños.⁴⁴

5.3.5 EL PAPEL DE LOS PADRES

“La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones.”⁴⁵

“La ansiedad es transmitida de la madre a los hijos debido a que los niños menores de 5 años son más dependientes de sus progenitoras. Es por esta razón que el odontólogo debe aprender a manejar la relación odontólogo/madre/hijo desde que éste último es muy pequeño para poder así

⁴⁴ www.zonapediatrica.com/

⁴⁵ www.actaodontologica.com/

ir familiarizándolo a futuros tratamientos odontológicos ayudándolo de esta manera a perder el miedo.”⁴⁶

“Las conversaciones que los niños han tenido con sus padres causan mucha influencia en la actitud de estos en la consulta”.⁴⁷

5.3.5.1 PADRES CON CONDUCTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

“Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.”⁴⁸

“Si los padres tienen buenas condiciones como modelos podrían permanecer en casos seleccionados detrás del sillón y fuera de la vista del niño, como observadores pasivos. Para algunos niños es aun suficiente que la madre les deje algún objeto de su propiedad, una cartera, un llavero, para tener la certeza que ella está físicamente presente.

En el aspecto positivo, hay que suponer que no hay nadie más interesado que los padres en el particular problema odontológico de su hijo y su presencia ayuda a la educación simultanea del niño y su familia, como así mismo ir obteniendo mejor evaluación del paciente, las características de su entorno, sus propias vivencias odontológicas, el tipo de relación que les une.”⁴⁹

⁴⁶ <http://www.hoy.es/>

⁴⁷ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela Pág. 32

⁴⁸ www.zonapediatrica.com/.../el-temperamento.html

⁴⁹ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela Pág. 34

5.3.6 APRECIACION FISICA Y MENTAL EN RELACION CON EL PROBLEMA BUCAL

5.3.6.1 CLASIFICACIÓN DE ADLER

“Clasificación sicosocial del niño en el medio ambiente propuesto por Alfred Adler.

A servido de base para entender mejor la conducta del niño e intuir sus reacciones ante la experiencia odontológica.

Adler clasifica al niño de acuerdo a su posición social en la familia en:

- El único
- El hijo mayor
- El segundo
- El pequeño
- El hijo único o único en su sexo
- El ilegítimo
- El evacuado.

5.3.6.2 VARIACIÓN EN EL ORDEN CRONOLÓGICO

En 1.959 se introdujo una variación en el orden cronológico:

- El hijo mayor
- El hijo menor
- El segundo
- El hijo único o único
- El único o única en su sexo
- El ilegítimo
- El desplazado.

COMO UTILIZAR LA CLASIFICACIÓN DE ADLER

- Conocer la edad de los padres en el momento de concebir al niño.
- Ubicar al niño dentro de esta clasificación.
- Relacionarlo con el medio social, cultural y geográfico que influencia en la personalidad del niño.
- Anotar la edad sexo de los menores.”⁵⁰

5.3.7 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO FISICO Y MENTAL DEL NIÑO

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

- La influencia de los padres
 - a. Sobreafecto: situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada en el único hijo, en el adoptado, o en el menor de la familia. En el consultorio demuestra poco valor recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando a dejarles, abrazándoles o tomándoles la mano.
 - b. Sobreprotección: se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue o se

⁵⁰ Raymon Paulyf, “La odontología integral del niño” edit. Universidad de Costa Rica facultad Odontología, digitalizado Universidad de Michigan 2008 Pág. 4,11

junte con otros, con el argumento que pueden dañarle, ensuciarlo o contagiarlo. Pretende guiar al dentista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece en resumen la falta de disciplina.

- c. **Sobreindulgencia:** consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, especialmente de aquellos que durante su infancia no tuvieron muchas facilidades y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas. El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar a menos que exceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabieta, exhibiendo igual conducta con el dentista.
- d. **Sobreansiedad:** actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son jóvenes e inexpertos o cuando es su hijo único obtenido con dificultad. El niño así tratado depende de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas, muy notorio en la consulta odontológica además, cualquier problema de salud, lluvia o frío, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.
- e. **Sobreautoridad:** los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos con un determinado tipo de comportamiento, a este efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel. El dentista autoritario puede identificarse con la figura paterna, o materna, manteniendo ese esquema, pero debería en cambio permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades o motivaciones para capacitarlo y gradualmente a la adaptación y exigencia del tratamiento.
- f. **Falta de afecto:** la indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle, por incompatibilidad entre el padre y la madre, cuando la concepción no ha sido deseada o el sexo del niño no fue deseado. En la conducta

asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a ese niño a una relación muy satisfactoria para ambos.

- g. Rechazo: por las mismas causas anteriores, mas aquellas representadas por celos de los padres, mala situación económica, inmadurez, etc., esos actúan alejados del niño, manteniendo con él una actitud negativa de crítica, de castigo, de disciplina exagerado e inconstante: el resultado suele ser un niño desobediente e imperioso, que puede pretender una capacidad de mando inexistente, propenso a pataletas, puede ser mentiroso, o robar. El profesional que reconozca esta circunstancia puede con comprensión y preocupación llegar a ser muy estimado por el niño.

➤ La influencia de la escuela

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

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

➤ Antecedente medico – dentales:

Cuando se realiza el desarrollo emocional de niño, es aparente la importancia de la salud del niño en su umbral de respuesta a los estímulos propios de la emoción. Para el dentista es útil saber que si han estado

enfermos en su hogar por periodos prolongados, puede presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección y sobre indulgencia.”⁵¹

5.3.7.1 DIFERENCIA DE EDADES ENTRE HERMANOS

“Hermanos muy distanciados entre si (3 o más) o en sucesión continua desarrollan distintas características de personalidad.

Distancia más compleja, cuando después de una familia ya formada llega otro hijo al hogar y se convierte en hijo único, tendrá tantos papas o mamas como hermanos tenga.

5.3.7.2 EDAD DE LOS PADRES

No es lo mismo un embarazo en padres jóvenes, que un embarazo de adultos de más de 40 años. El hijo de menores de edad también establece iguales diferencias.

5.3.7.3 PROBLEMAS EN LA GESTACION

Si una madre tuvo problemas para quedar embarazada, abortos o problemas de gestación, esto modifica el ambiente familiar donde el niño nace.

5.3.7.4 CULTURAS SOCIALES Y RELIGIOSAS

En nuestro país no hay mucha influencia cultural o religiosa.

Pero es necesario saber de dónde proceden cuando llegan a nuestra consulta.

⁵¹ Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela Pág. 44,45

5.3.7.5 INFLUENCIA FAMILIAR

No es válido catalogar la personalidad del niño en conductas estereotipadas.

5.3.8 DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS EN ORDEN DE NACIMIENTO

5.3.8.1 CLASIFICACIÓN

EL HIJO MAYOR:

- Recibe toda una serie de consideraciones para un normal ritmo de crecimiento emocional.
- Generalmente le son delegadas responsabilidades en el cuidado y orientación de los hermanos menores.
- Es modelo y ejemplo para sus hermanos.
- Puede crearle confusiones y frustraciones.
- Sufre una tremenda frustración con la llegada del hermano menor cae lo puede desplazar en cuidados y atenciones según la edad.

EL HIJO MENOR:

- Presenta variables en el desarrollan de su personalidad.
- La disciplina que le imponen no es tan rígida.
- Es blanco de burla de sus hermanos.
- No puede hacer lo mismo que sus hermanos lo que lo vuelve indisciplinado, rebelde, hiperactivo.
- Trata de llamar la atención no cumpliendo con las normas.
- Se lo recrimina comparándole con sus hermanos.

EL SEGUNDO:

- Depende fundamentalmente del sexo del primero y tercero.
- Establece rivalidad, dependencia o linaje con uno de sus hermanos.

- Temperamento explosivo o sosegado.
- Generan rasgos de timidez con miedos o fantasías inadecuadas.

EL HIJO ÚNICO:

- Es de naturaleza súper protegido, todo se lo da, todo lo tiene.
- La disciplina que le imponen puede ser extrema o muy complaciente.
- Puede ser desadaptado, pequeño tirano, agresivo.
- No todo hijo único debe ser estigmatizado.

EL HIJO ÚNICO EN SU SEXO:

- Depende del sexo y la posición en el orden de nacimiento.
- Cuando a predominado en los diferentes nacimientos un solo sexo, las expectativas de los padres crecen por encontrar el sexo faltante.
- Hay miedos conflictivos por predominio de juegos, acciones, ropas, etc.

EL NIÑO ILEGÍTIMO:

- Hoy se otorga los mismos derechos.
- Desarrollo psicosocial bastante complejo.

EL NIÑO DESPLAZADO:

- Adler lo llamó "evacuado" por experiencias de violencia de las guerras y observó muchos cambios de conducta en los niños.
- Los fuertes traumas que sufren los niños, determinan reacciones adversas ante la vida.
- Todas estas situaciones no son determinantes sino aproximaciones

5.3.9 CLASIFICACION DEL MEDIO AMBIENTE

El hombre es producto de su medio.

Si a un niño recién nacido lo ponemos bajo el cuidado de otra familia, este crecerá y se desarrollara en el medio ambiente en el que vivió.

Si después de 20 años lo regresamos a su lugar de origen .seguirá siendo del ambiente donde se crió, sus factores genéticos no harán que reconozca donde nació.

5.3.9.1 EL MEDIO AMBIENTE

Es el conjunto de las condiciones influencias externas, físicas y mentales que inciden en la vida y desarrollo de cada individuo.

Dentro del ambiente todos los elementos, tanto físicos como psíquicos ejercen un inmediato efecto sobre la conducta y adquieren las categorías de valencias. Las valencias pueden ser positivas o negativas determinadas por la atracción o repelencia que ocasionen en el individuo de acuerdo con sus necesidades. Estas características del ambiente que dan una forma variada al mundo del niño, plasman su estructura y determinan su conducta.

El cambio de ambiente tiene gran influencia para el acondicionamiento y adaptación del niño hacia una conducta armónica y estable. Dentro del medio ambiente además de las fuerzas que lo rigen, es necesario considerar los efectos de las etapas y posiciones, porque no todos gozan de la misma situación, y aún dentro un mismo medio familiar cambian los factores y los intereses.

5.3.9.2 MEDIO AMBIENTE HOGAREÑO

Para efecto de entender este medio se presenta una clasificación que obedece a diversas posiciones que inciden en el desarrollo psicológico del niño, y está relacionado directamente a la clasificación de Adler.

Constituido solamente por padres e hijos en cuyo caso se llamará homogéneo, las influencias, hábitos relaciones afectivas se encuentran determinadas por una sola directriz o línea de conducción.

5.3.9.3 VARIABLES DEL MEDIO AMBIENTE

Corresponden a situaciones específicas de responsabilidades o presencia.

En ocasiones puede presentarse la ausencia física de uno de los progenitores, en cuyo caso el medio ambiente se convierte en unilateral esto puede deberse a;

- a) Ausencia por separación o divorcio, lo cual ocasiona trauma en el niño.
- b) Cuando la responsabilidad de conducir la formación recae en uno solo, especialmente en la madre y el padre aporta los recursos económicos. El medio ambiente deja de ser homogéneo, cuando en el hogar conviven otros familiares, en cuyo caso se le denomina medio ambiente hogareño heterogéneo. Generalmente con familiares directos como abuelos, tíos.

El niño está expuesto a diversas influencias especialmente de los abuelos maternos que viven en la casa y forman parte de la formación del niño.

Por diversas circunstancias pueden conformar el medio familiar sin lazos directos, cuñados, hermanastros, padrastros, etc.

Con potencialidad de situaciones conflictivas para el niño, múltiples opiniones, hábitos, etc.

En los estratos sociales bajos se vive generalmente en promiscuidad, barriadas, casas de vecindad, donde se comparten la mayor parte de actividades aunque se tenga un espacio familiar donde por lo general vive en

una sola habitación toda la familia, y esto conlleva a una carga de situaciones sociales como delincuencia, violencia, maltrato.”⁵²

⁵² Raymon Paulyf, “La odontología integral del niño” edit. Universidad de Costa Rica facultad Odontología, digitalizado Universidad de Michigan 2008 Pág. 4,15,16

CAPITULO VI

6.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA

- **METODO BIBLIOGRAFICO:** Porque se apoyó en la bibliografía tanto de materiales literarios como de la web para adquirir un conocimiento científico.
- **INVESTIGACION DE CAMPO:** Ya que con la utilización de encuestas y observación se confrontaron las bases técnicas con la práctica.

6.1.2 TIPO DE INVESTIGACION

- **EXPLORATORIA:** En las Unidades de Salud Urbanas del Área de Salud #1 se observó un número elevado de niños que presentan dificultad en la atención odontológica.
- **DESCRIPTIVA:** Se utilizó este método al describir el problema por medio del árbol del problema.
- **ANALÍTICA:** Se analizó mediante la verificación de las principales causas y efectos que produce la dificultad en la atención odontológica en los niños durante la realización del programa de salud bucal escolar del Área de Salud #1.
- **SINTÉTICA:** Al finalizar esta investigación se llegó a conclusiones de los objetivos alcanzados.
- **PROPOSITIVA:** Con los resultados obtenidos en la investigación se diseñó una propuesta que dará solución.

6.1.3 TECNICAS

Encuestas dirigidas a los padres y a los niños del programa de salud bucal Escolar del Área de Salud #1.

Encuestas dirigidas a: Los odontólogos que pertenecen a las unidades operativas Urbanas del Área de Salud #1.

Observación a los odontólogos durante la realización del programa de salud bucal escolar.

6.1.4 INSTRUMENTOS

- Formulario de encuestas
- Registro de observación

6.1.5 POBLACION

La población estuvo constituida por los niños atendidos en el programa de salud bucal escolar de las unidades operativas urbanas del Área # 1.

6.1.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta dada por un número de 5 niños atendidos durante un día en cada de las 18 Unidades Operativas Urbanas del Área de Salud #1, lo que corresponde a 90 niños.

6.1.7 RECURSOS

6.1.7.1 TALENTO HUMANO

- Investigadoras
- Odontólogos de las unidades operativas urbanas del Área de Salud # 1
- Niños del programa de Salud bucal
- Tutora de la investigación

6.1.7.2 RECURSOS MATERIALES

Materiales de oficina

Hojas

Cartuchos de tintas

Texto

Fotocopias

Viáticos

Encuadernación

Suministros

6.1.7.3 RECURSOS ECONOMICOS

La investigación tuvo un costo de \$ 565.30

6.1.7.4 RECURSOS TECNOLOGICOS

Computador

Escáner

Cámaras fotográficas

Internet

6.2 DISEÑO METODOLÓGICO

El desarrollo de esta tesis se dio de la siguiente manera:

En la primera semana de septiembre se inició el seminario sobre metodología y técnicas de la investigación, donde se eligió el problema y tema a investigar.

Entre la primera y segunda semana de septiembre se diseñó el proyecto de tesis.

La última semana de septiembre y la primera de octubre se presentó el borrador del proyecto, se recibieron las correcciones, luego se entregó a la facultad la presentación final del proyecto, y su respectiva defensa ante el tribunal designado para el caso.

A partir de la segunda semana de octubre, se desarrolló el marco teórico terminando para la última semana del mismo mes. Para éste se contó con material bibliográfico de textos de Odontología y paginas de la web.

La aplicación de los instrumentos de campo se realizó durante las dos primeras semanas de noviembre. En este tiempo se elaboraron los registros de observación a los odontólogos y niños del programa de salud bucal escolar del Área de Salud N°1 las encuestas dirigidas al grupo de padres de familia, niños y odontólogos.

La tabulación y el análisis de los datos se hicieron entre la tercera y cuarta semana de noviembre.

En la primera semana de diciembre se elaboraron las conclusiones y respectivas recomendaciones.

En la segunda y tercera semana de diciembre se diseño la propuesta.

En la primera semana de enero se entregaron los borradores para la revisión por parte de los miembros del tribunal.

En la tercera semana de enero se presentan los ejemplares y copias de tesis para posterior defensa publica en el mes de febrero.

CAPITULO VII

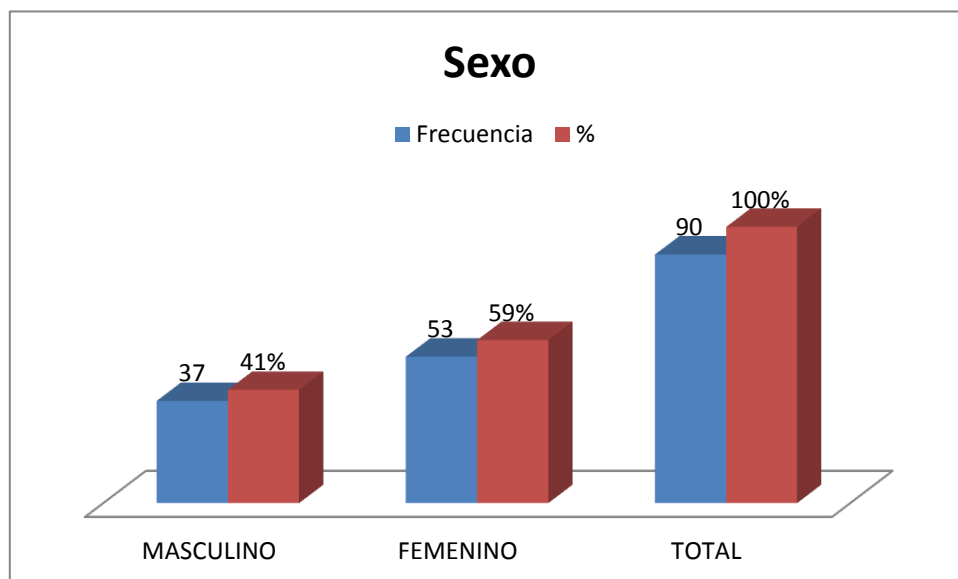
7.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL AREA N°1

GRAFICUADRO # 1

SEXO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR DEL AREA No. 1

OPCIONES	F	%
MASCULINO	37	41
FEMENINO	53	59
TOTAL	90	100%



Fuente: Encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

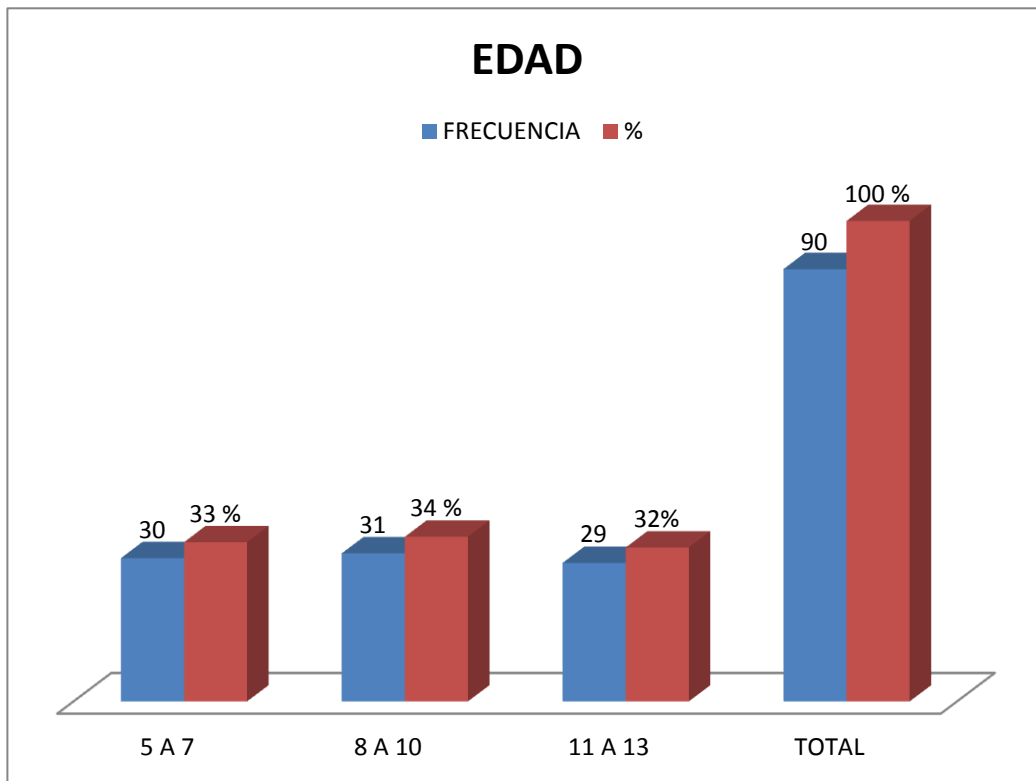
Al realizar el diagnóstico a 90 niños del programa de salud bucal escolar observamos que un 41% de estos son de sexo masculino, quedando un restante de 59% del sexo femenino.

Según el resultado anterior se puede observar que más niñas asisten a la consulta que los niños. **“Las mujeres están más abiertas a admitir su ansiedad dental y a iniciar el tratamiento”** según un artículo encontrado en: Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett . "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.

GRAFICUADRO # 2

EDAD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR DEL AREA No. 1

OPCIONES	F	%
5 A 7 años	30	33
8 A 10 años	31	35
11 A 13 años	29	32
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 90 niños que fueron evaluados durante el proceso investigativo:

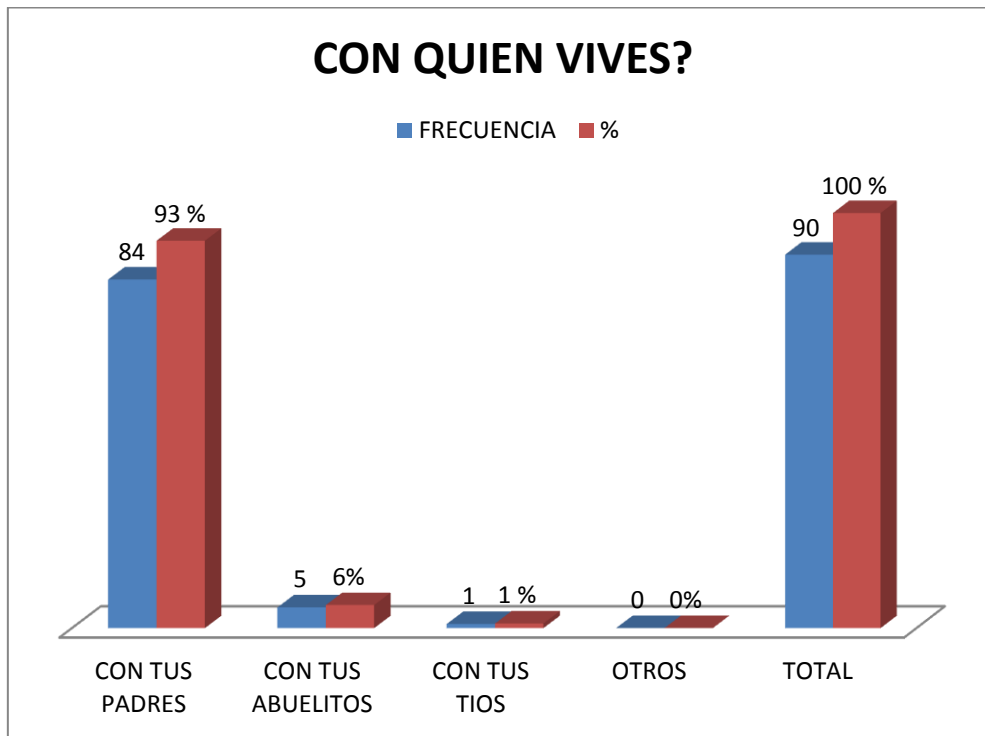
Se obtuvo el resultado que 30 niños pertenecían al grupo de 5 a 7 años que corresponde al 33%, el siguiente grupo que lo conforman los niños de 8 a 10 años representan el 35% con un número de 31 niños, el por último un 32% que lo hacen 29 niños conforman el tercer grupo.

El 35% de los niños atendidos pertenecían al grupo de entre 8 a 10 años a lo que se puede señalar: **“el escolar (seis a nueve años), tiene la capacidad de aceptar la autoridad del odontólogo y prefiere estar solo con él; aunque persisten muchos temores, algunos desde la niñez y otros recién adquiridos”**. Según: [fundacta\[arroba\]actaodontologica.com](mailto:fundacta@actaodontologica.com)

GRAFICUADRO #3

CLASIFICACION SEGÚN EL MEDIO AMBIENTE EN EL QUE VIVE EL NIÑO

OPCIONES	F	%
CON TUS PADRES	84	93
CON TUS ABUELITOS	5	6
CON TUS TIOS	1	1
OTROS	0	0
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

En relación al entorno familiar habitacional, observamos que un 93% de los niños viven con sus padres, otro 6% vive con sus abuelitos, un 1% vive con sus tíos, y un 0% vive con otras personas.

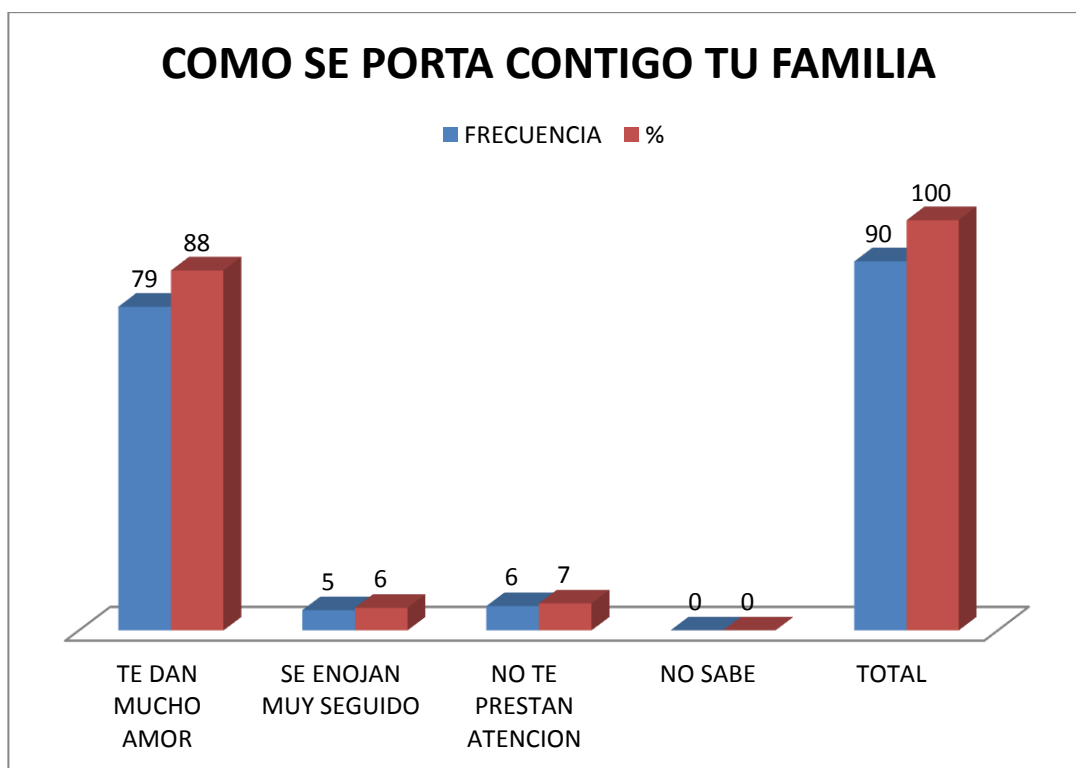
Según los resultados anteriores se puede notar que un 93% de los niños viven con sus padres lo que indica que pertenece al **“Medio ambiente hogareño: u homogéneo, donde las influencias, hábitos relaciones afectivas se encuentran determinadas por una sola directriz o línea de conducción creada por sus padres.”**

Por: Raymon Paulyf, “La odontología integral del niño” edit. Universidad de Costa Rica facultad Odontología, digitalizado Universidad de Michigan 2008

GRAFICUADRO # 4

MANIFESTACIONES DE AFECTO POR PARTE DE LA FAMILIA HACIA EL NIÑO

OPCIONES	F	%
TE DAN MUCHO AMOR	79	88
SE ENOJAN MUY SEGUIDO	5	5
NO TE PRESTAN ATENCION	6	7
NO SABE	0	0
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

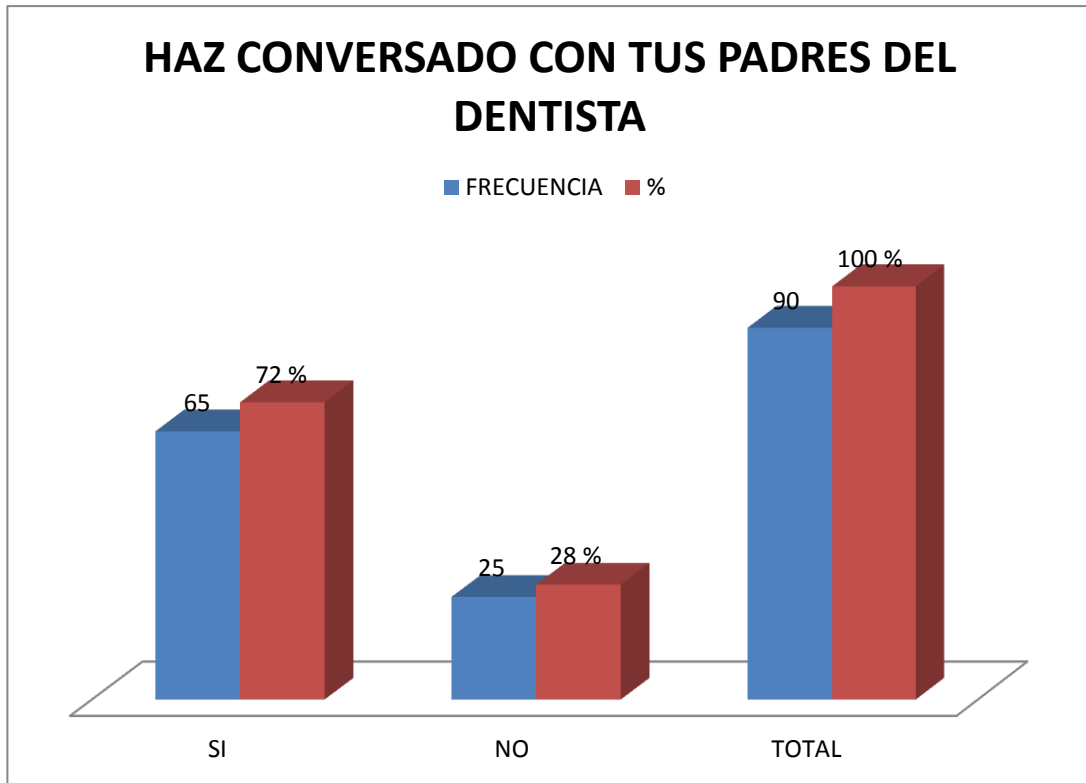
Frente a esta información se obtuvo que de los 90 niños encuestados, un 88% manifestaron que les dan mucho amor, otro 7% expresaron que no les prestan atención, un 5% dijeron que se enojan muy seguido con ellos, quedando un 0% de niños que o sabían del tema.

De los resultados obtenidos se puede observar que el 88% de los niños manifestaron recibir mucho amor por parte de sus padres. Según www.actaodontologica.com/ **“los padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.”**

GRAFICUADRO # 5

INFLUENCIA FAMILIAR DE LOS NIÑOS CON RESPECTO AL ODONTOLOGO

OPCIONES	F	%
SI	65	72
NO	25	28
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

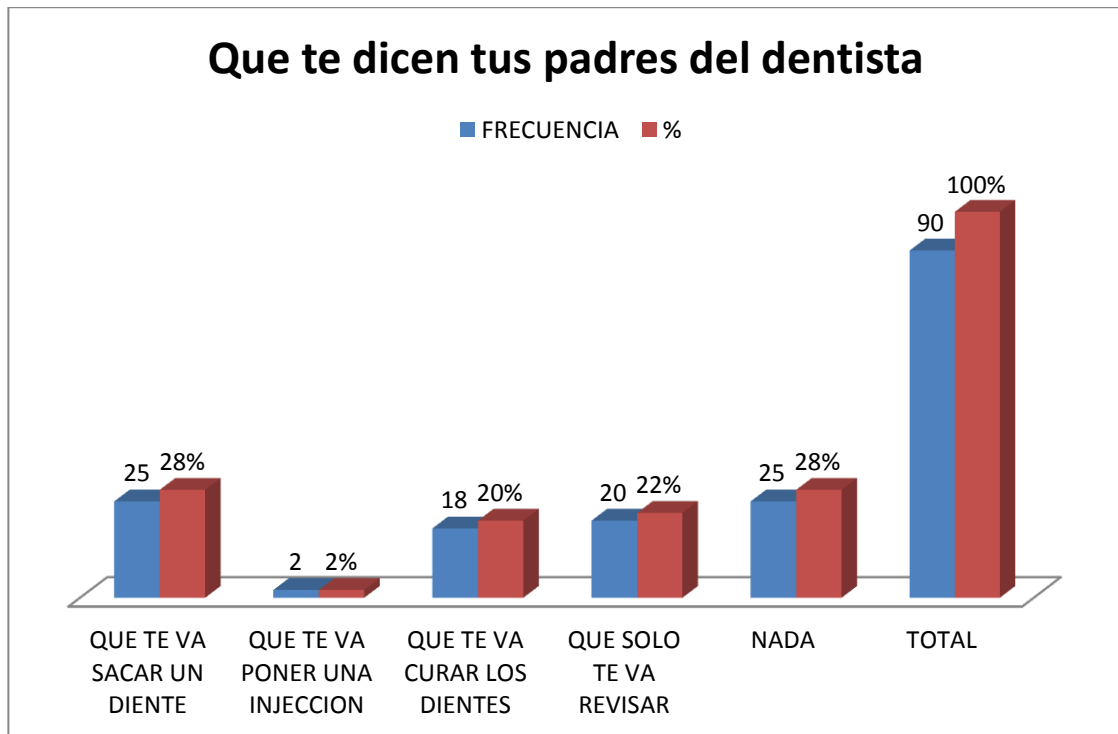
De los 90 niños encuestados encontramos que el 72% de ellos han conversado con sus padres del dentista, mientras que el otro 28% no lo han hecho.

Frente a esta información se obtuvo que el 72% de los niños encuestados han conversado con sus padres del dentista, de acuerdo a este resultado se puede enunciar que: **“Las conversaciones que los niños han tenido con sus padres causan mucha influencia en la actitud de estos en la consulta”**. Por: Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

GRAFICUADRO # 6

INFLUENCIA FAMILIAR DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS RESPECTO AL ODONTOLOGO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR DEL AREA No. 1

OPCIONES	F	%
QUE TE VA SACAR UN DIENTE	25	28
QUE TE VA PONER UNA INYECCION	2	2
QUE TE VA CURAR LOS DIENTES	18	20
QUE SOLO TE VA REVISAR	20	22
NADA	25	28
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

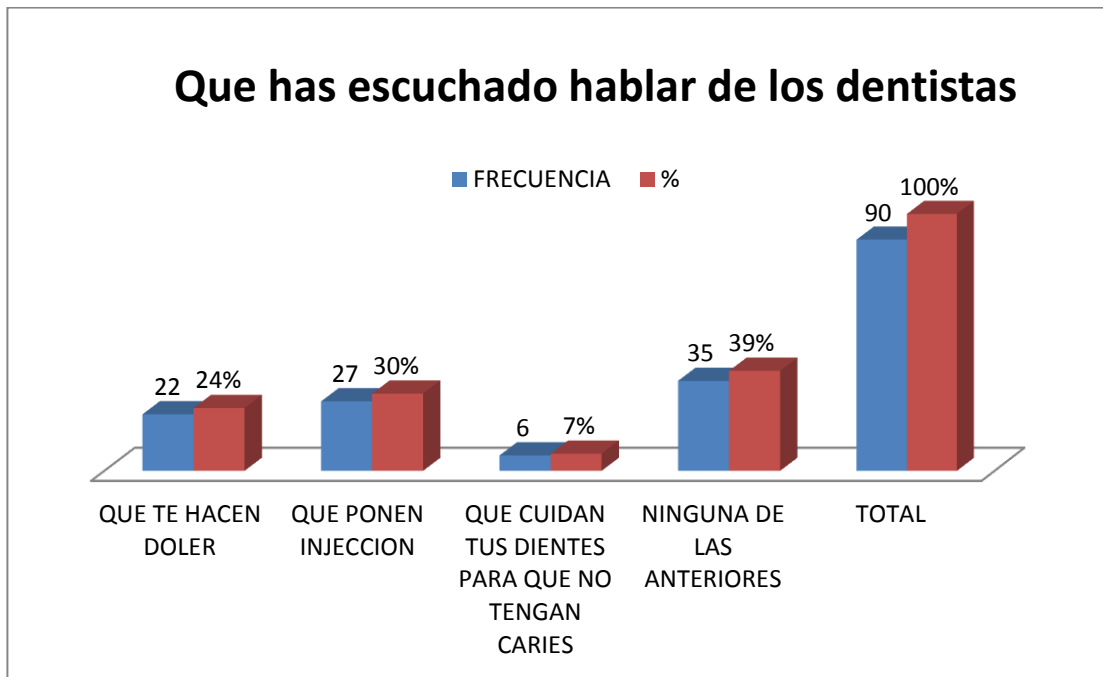
En el presente cuadro se puede observar que de los 90 niños encuestados, un 28% sus padres les han dicho que le va a sacar un diente, otro 28% manifestaron que sus padres nunca les han hablado del dentista, un 22% comento que sus padres les dijeron que solo les van a revisar, a un 20% sus padres les dijeron que les curan los dientes, y en un mínimo porcentaje del 2% sus padres les expresaron que el dentista les va a poner una inyección.

El 28% de los niños contestaron que sus padres les dicen que el dentista les va a sacar un diente y otro 28% dijo nunca hablar con sus padres de él. Según el libro de Fernando Escobar Muñoz Dr., "Odontología Pediátrica" 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela **"Algunos padres desean ayudar al niño repitiéndole las instrucciones del dentista o añadiendo otras propias, consolando al niño usualmente con ideas erróneas sobre los propósitos del profesional, estas circunstancias hace que el niño reciba una multitud confusa de información que perjudica su adaptación a los acontecimientos". "Las conversaciones que los niños han tenido con sus padres causan mucha influencia en la actitud de estos en la consulta"**.

GRAFICUADRO # 7

INFLUENCIA SOCIAL DEL NIÑO HACIA EL DENTISTA

OPCIONES	F	%
QUE TE HACEN DOLER	22	24
QUE CUIDAN TUS DIENTES PARA QUE NO TENGAN CARIES	27	30
QUE TE VA A PONER UNA INYECCION	6	7
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	35	39
TOTAL	90	100



Fuente: Encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

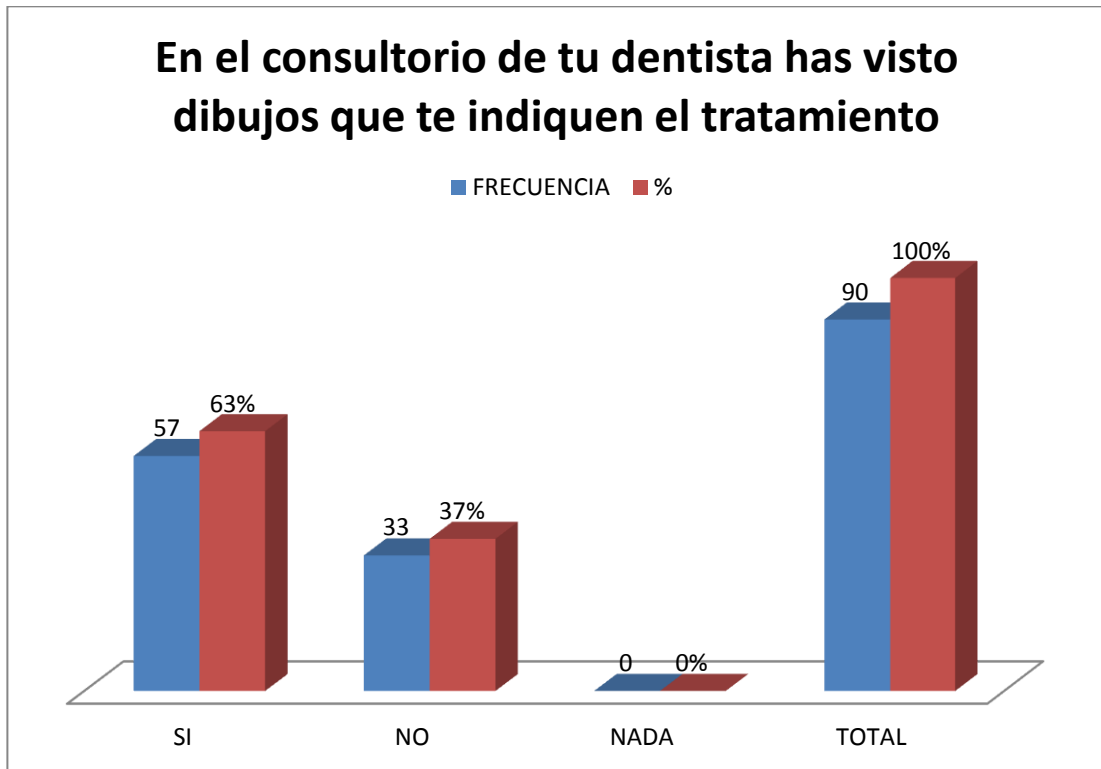
En la respectiva encuesta pudimos evidenciar que: el 24% de los niños han escuchado que el dentista les hace doler, otro 30% escucho decir que los dentistas cuidan sus dientes para que no tengan caries, un 7% escucharon que les va a poner una inyección, y por ultimo un 39% no escucho ninguna de las opciones anteriores.

Un 39% de los niños no ha escuchado hablar sobre el dentista **“Durante la información básica la acción del odontólogo suele presentar, extracciones y tratamientos de emergencia los que suelen ser descritos exageradamente por los niños y con detalles escalofriantes a un auditorio muy atento, si esta es la primera noticia de odontología es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y está en manos de este, presentar la otra cara de la profesión”** citado por Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas. Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

GRAFICUADRO # 8

AMBIENTE ODONTOLÓGICO

OPCIONES	F	%
SI	57	63
NO	33	37
NO SABE	0	0
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

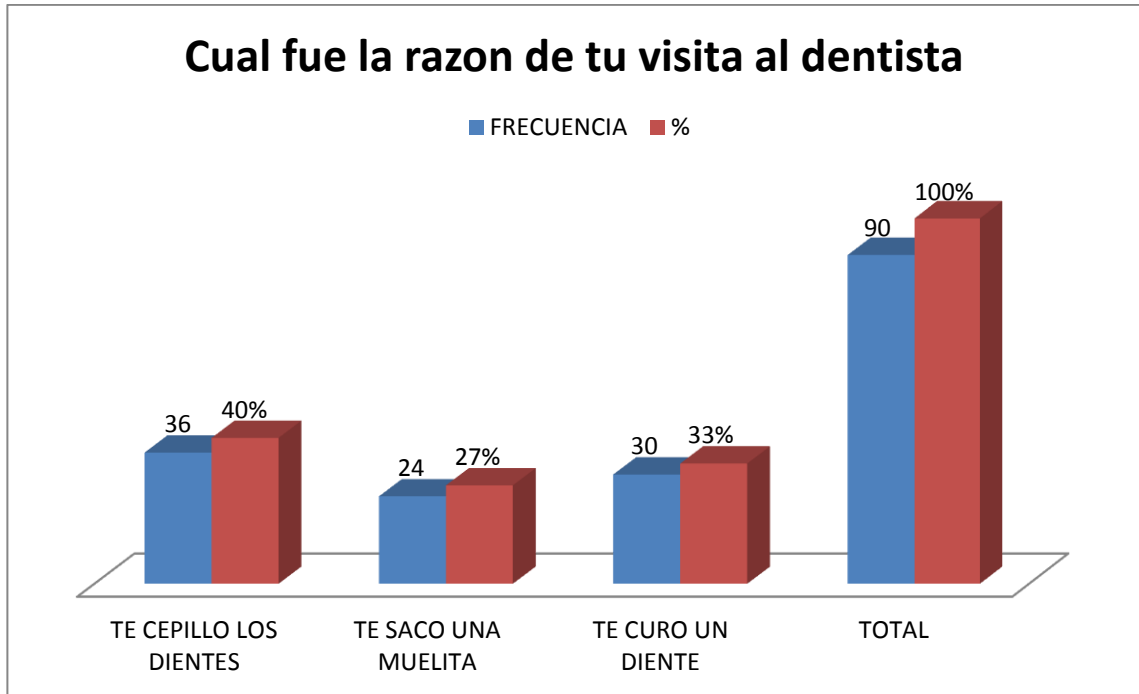
De los 90 niños analizados un 63% si observo dibujos que le indiquen el tratamiento en el consultorio, un 37% expreso no ver ningún dibujo dentro de la consulta, y un 0% no se percato.

El 63% de los encuestados observo dibujos que indiquen el tratamiento odontológico sin embargo Según el artículo de la página: www.odontopediatria.html: **“El consultorio dental ha de estar adecuado al entorno socioeconómico de la zona. En el caso de las clínicas de odontopediatría el ambiente, sobre todo de la sala, de ha de ser agradable y familiar para los niños”**.

GRAFICUADRO # 9

MOTIVO DE LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
TE CEPILLO LOS DIENTES	36	40
TE SACO UNA MUELITA	24	27
TE CURO UN DIENTE	30	33
TOTAL	90	100



Fuente: Encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro que indica el motivo por el cual el niño se presento en la consulta observamos que: al 40% de los niños solo cepillaron sus dientes, al 33% le curaron un diente y al 27% le sacaron una muelita.

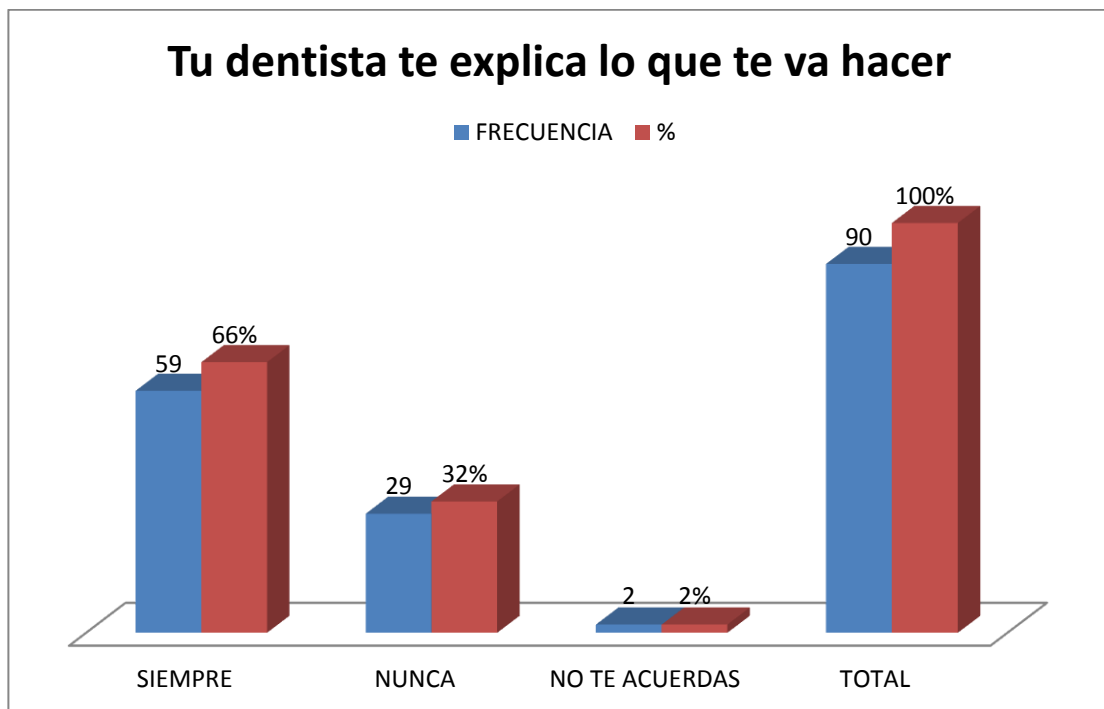
De acuerdo al resultado anterior se puede notar que al 40% de los niños les realizaron tratamientos de prevención. **“Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc.; todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental lo cual es la mejor opción”** según:

www.actaodontologica.com/.../adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp

GRAFICUADRO # 10

DIALOGO NIÑO-DENTISTA

OPCIONES	F	%
SIEMPRE	59	66
NUNCA	29	32
NO TE ACUERDAS	2	2
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

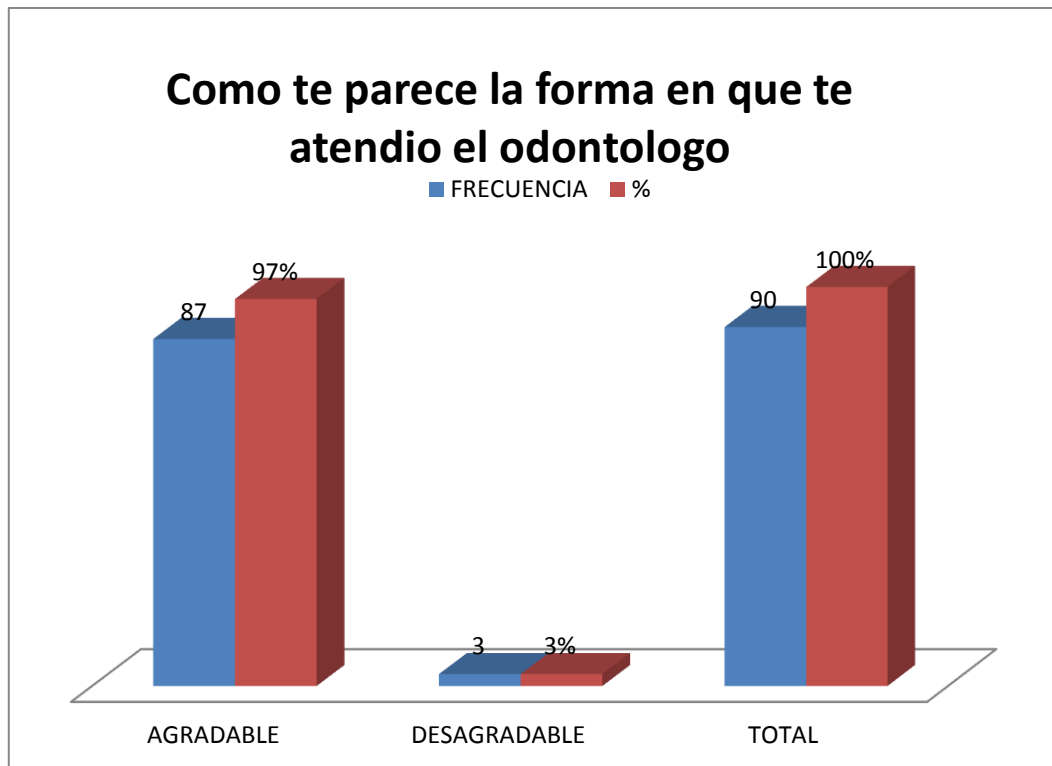
Se observo en el presente cuadro que de los 90 niños investigados un 66% indico que el dentista siempre le indica lo que le va hacer, un 32% expreso que el dentista nunca le explica lo que le va a realizar mientras que un 2% indico no acordarse.

El 66% de los niños encuestados expresaron que el dentista siempre les explica lo que les va a hacer. Según el libro de Fernando Escobar Muñoz Dr., "Odontología Pediátrica" 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela, dice: **"La información debe ser veraz, concreta y sencilla, debe reflejar la idea que el profesional tiene los conocimientos, habilidades y medios suficientes como para completar el tratamiento en buenas condiciones, y al mismo tiempo que está capacitado, para ayudar al paciente, a conseguir los propósitos de las acciones clínicas, con un mínimo de molestias."**

GRAFICUADRO # 11

ATENCIÓN DEL ODONTÓLOGO

OPCIONES	F	%
AGRADABLE	87	97
DESAGRADABLE	3	3
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

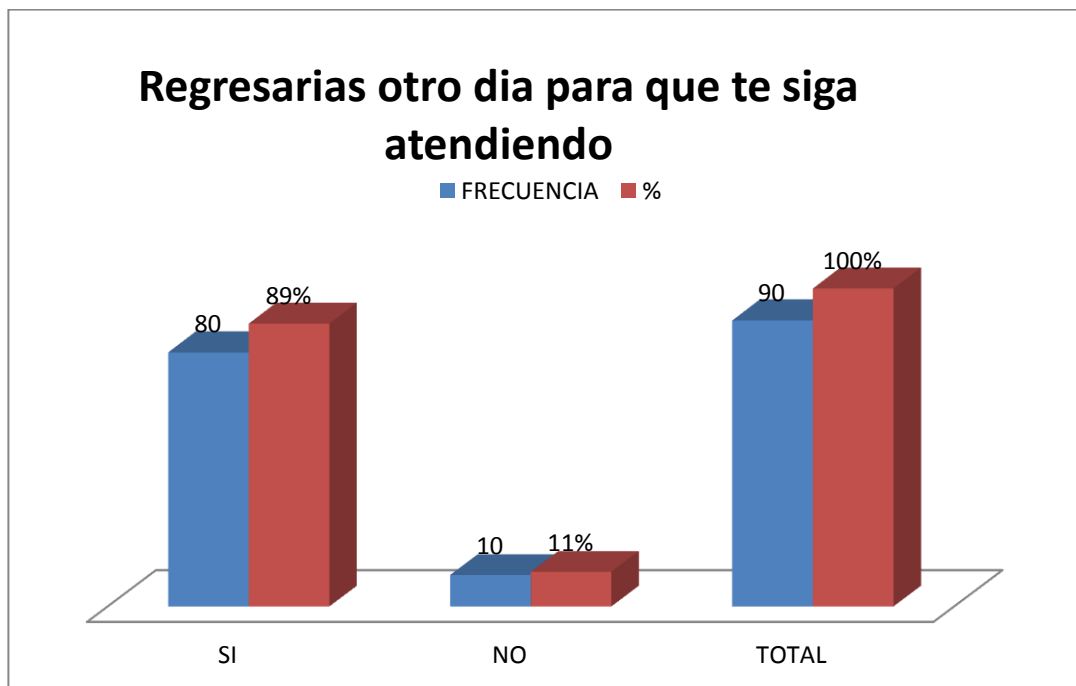
De los 90 niños encuestados un 97% manifestó que fue agradable la forma en que lo atendió el odontólogo mientras que el 3% expresó que la atención del odontólogo fue desagradable.

El 97% de los niños encuestados manifestó como agradable la forma en que lo atendió el dentista. **“Es importante reconocer que mientras el dentista se encuentra evaluando al niño, éste hace lo mismo con él, desde que llega a la consulta, hay que tener presente la forma en que el niño es capaz de detectar cualquier signo de indecisión o insinceridad de parte del profesional. Hay una interacción del niño, sus padres, el dentista y el ambiente odontológico que provee fuentes de aceptación o de rechazo que deben ser reconocidas por el profesional,”** según el libro de Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela, pag32”.

GRAFICUADRO # 12

NIVEL DE CONFIANZA DEL ODONTOLOGO HACIA EL NIÑO

OPCIONES	F	%
SI	80	89
NO	10	11
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

En el presente cuadro pudimos observar que un 89 % de los niños acotaron que regresarían para seguirse atendiendo y un 11% no regresaría para una futura atención.

El 89% de los niños dijeron que regresarían a la consulta en una próxima ocasión. **“Es muy importante que las sesiones terapéuticas con niños y adolescentes sean positivas, ya que las investigaciones demuestran claramente que esas experiencias precoces tienen un efecto considerable sobre la actitud en etapas posteriores de la vida.”**

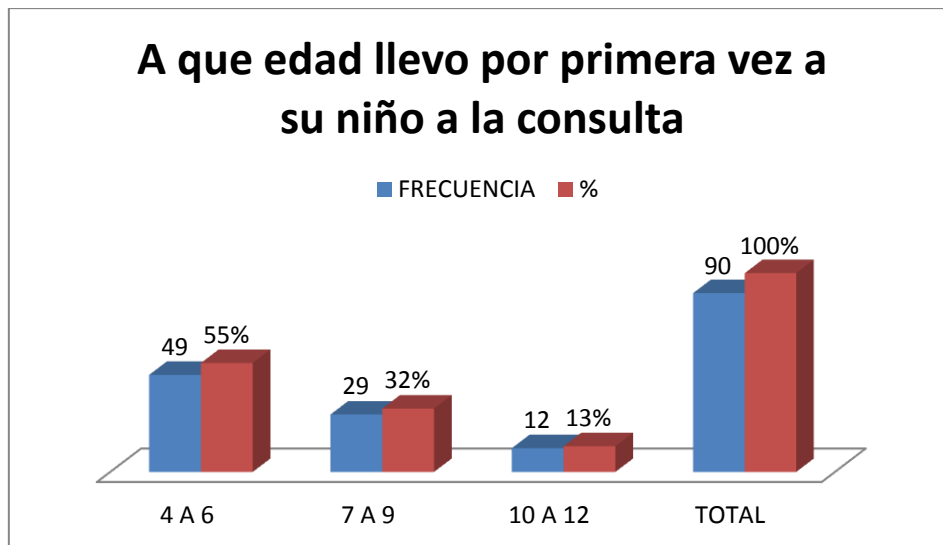
Por: A. Cameron R. Widmer, “Manual de odontología pediátrica, editorial Panamericana 2000

7.1.2 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL AREA N°1

GRAFICUADRO # 1

EDAD EN QUE FUE LLEVADO EL NIÑO POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
4 A 6	49	55
7 A 9	29	32
10 A 12	12	13
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Al realizar la encuesta a los 90 padres de los niños atendidos en la consulta, encontramos que el 55% de los padres llevaron a sus hijos por primera vez a la consulta de los 4 a 6 años, otro 32% manifestó haberlo hecho de los 7 a 9 años, y un 13% dijo haberlos llevado de los 10 a 12 años.

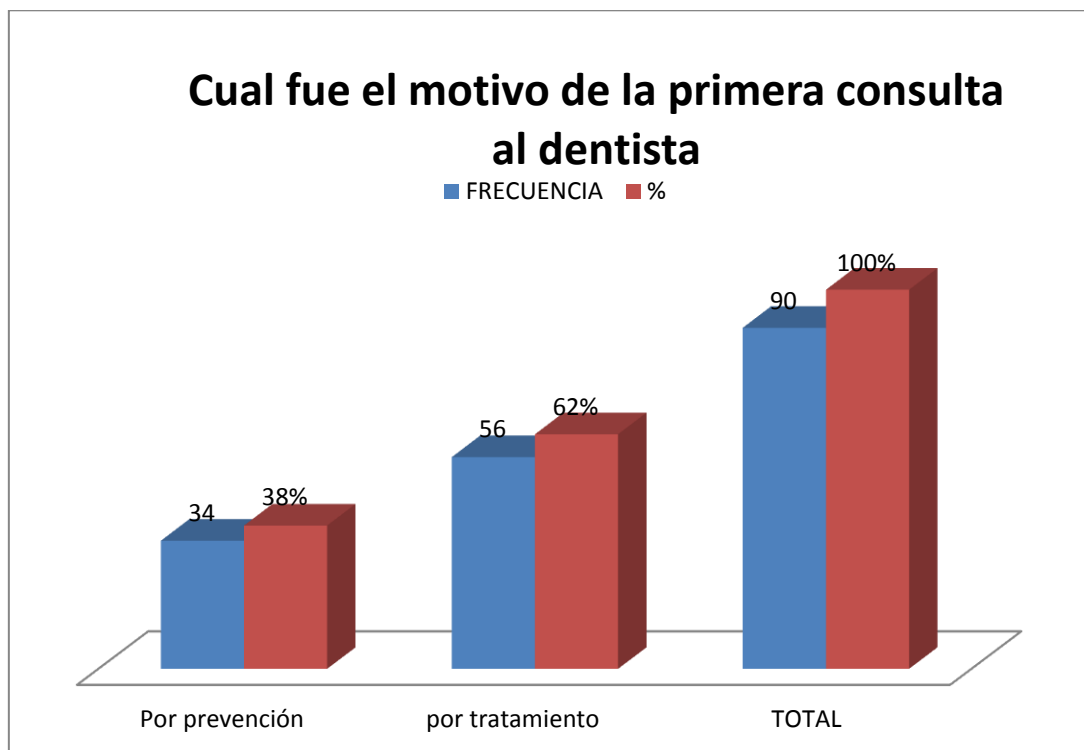
El 55% de los padres encuestados llevaron a sus hijos a la edad de 4 a 6 años para recibir su primera consulta. **“En la edad pre-escolar (cuatro a seis años), la conducta es impredecible y puede oscilar de la no cooperación a la docilidad, de la sumisión a la cooperación inteligente y feliz; el niño acepta procedimientos odontológicos sencillos pero cuando éstos se hacen más complejos sufre un proceso de regresión y desea volver a su madre.”**

Por: fundacta@actaodontologica.com menciona:

GRAFICUADRO # 2

MOTIVO DE LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
Por prevención	34	38
por tratamiento	56	62
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

En el presente cuadro podemos observar que el 62% de los padres llevaron a sus hijos a la consulta debido a tratamiento, y que otro 38% declaró haberlos llevado por prevención.

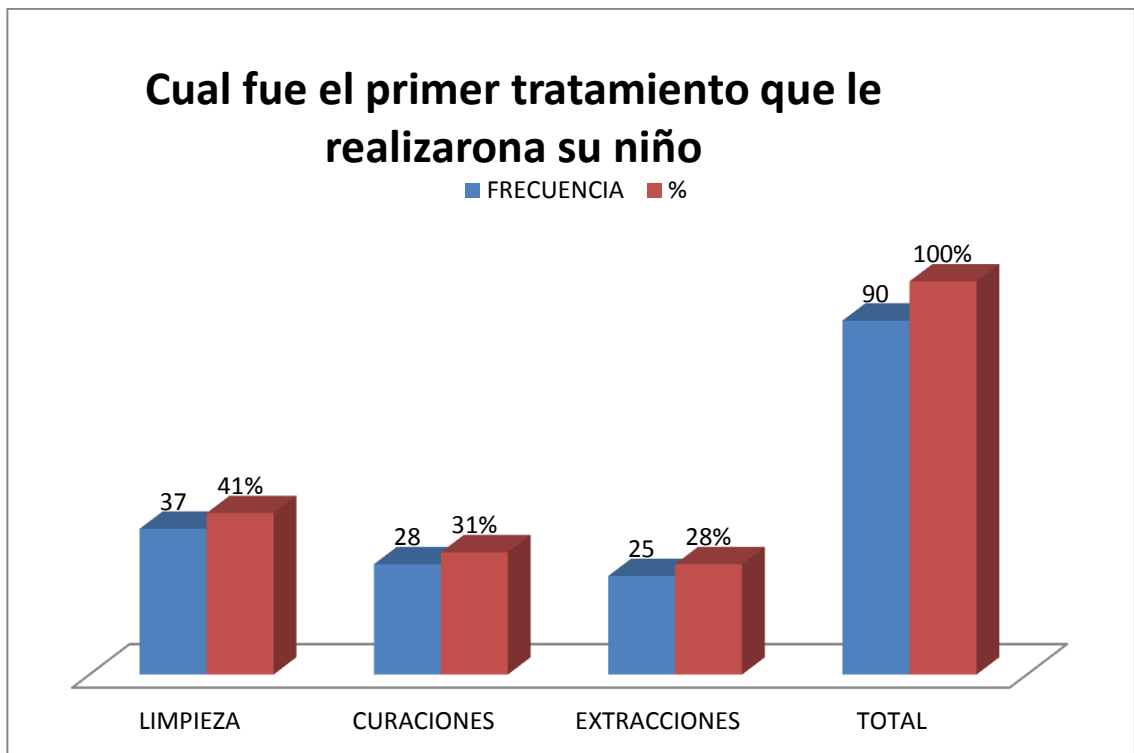
El 62% de los padres dijeron haber llevado a sus hijos por tratamiento en la consulta. **“La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.**

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: exámen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc. Por: *www.actaodontologica.com/*

GRAFICUADRO # 3

PRIMER TRATAMIENTO DEL NIÑO EN LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
LIMPIEZA	37	41
CURACIONES	28	31
EXTRACCIONES	25	28
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 90 padres encuestados el 41% de ellos dijo haber llevado por primera vez a sus hijos a la consulta por limpieza, otro 31% dijo haberlo hecho para realizarse curaciones y un ultimo 28% expresó haberlo hecho por extracciones dentarias.

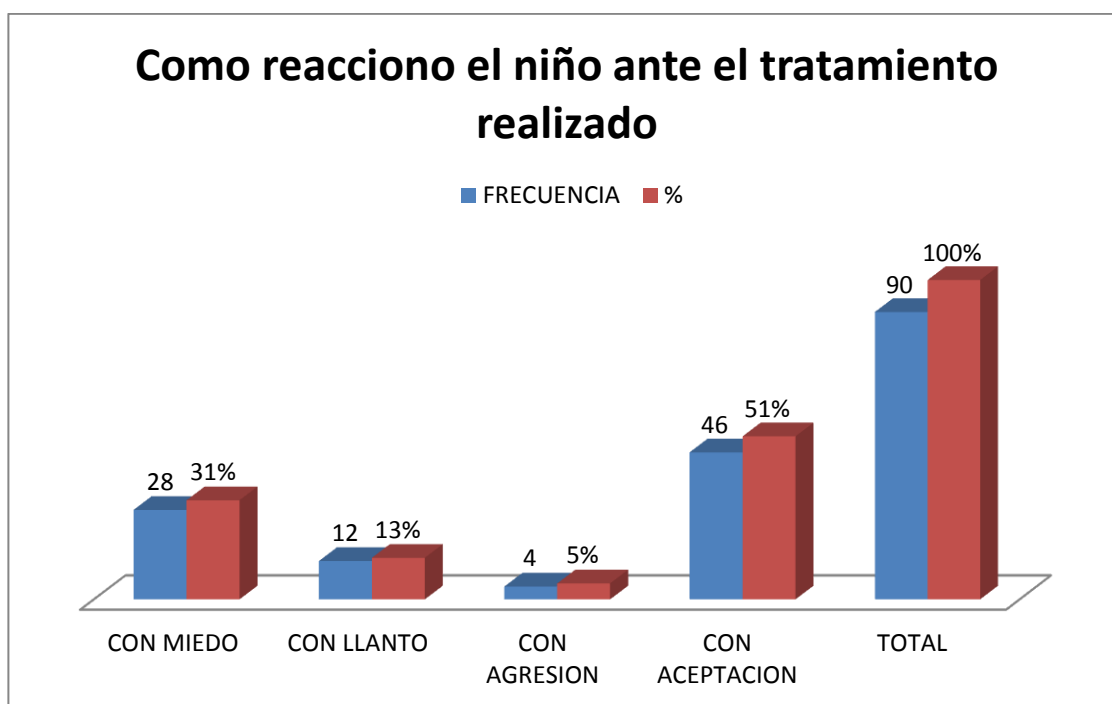
El 41% de los padres llevó por primera vez a sus hijos a la consulta por tratamiento y no por prevención a lo que se puede acatar: **“Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: exámen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc. todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental.”**

Por: *www.actaodontologica.com*

GRAFICUADRO # 4

RESPUESTA DEL NIÑO ANTE EL PRIMER TRATAMIENTO REALIZADO

OPCIONES	F	%
CON MIEDO	28	31
CON LLANTO	12	13
CON AGRESION	4	5
CON ACEPTACION	46	51
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Frente a esta información de los padres se obtuvo como resultado que 51% de los niños reaccionaron con aceptación al tratamiento, un 31% de los niños reaccionó con miedo, otro 13% señaló que el niño reaccionó con llanto y que un 5% de los niños respondió con agresividad.

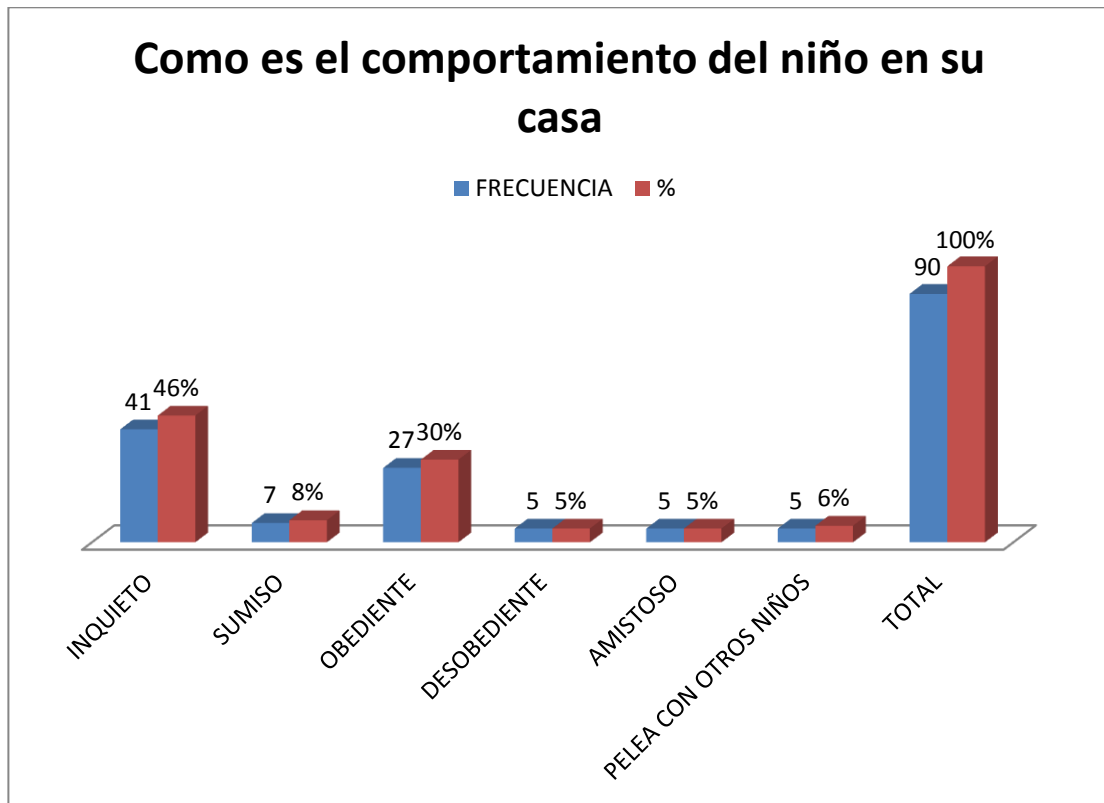
El 51% de los niños demostró aceptación dentro de la consulta. A esto se puede agregar que: “Es muy importante que las sesiones terapéuticas con niños y adolescentes sean positivas, ya que las investigaciones demuestran claramente que esas experiencias precoces tienen un efecto considerable sobre la actitud en etapas posteriores de la vida.”

A. Cameron R. Widmer, “Manual de odontología pediátrica”, editorial Panamericana 2000

GRAFICUADRO # 5

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL HOGAR

OPCIONES	F	%
INQUIETO	41	46
SUMISO	7	8
OBEDIENTE	27	30
DESOBEDIENTE	5	5
AMISTOSO	5	5
PELEA CON OTROS NIÑOS	5	6
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

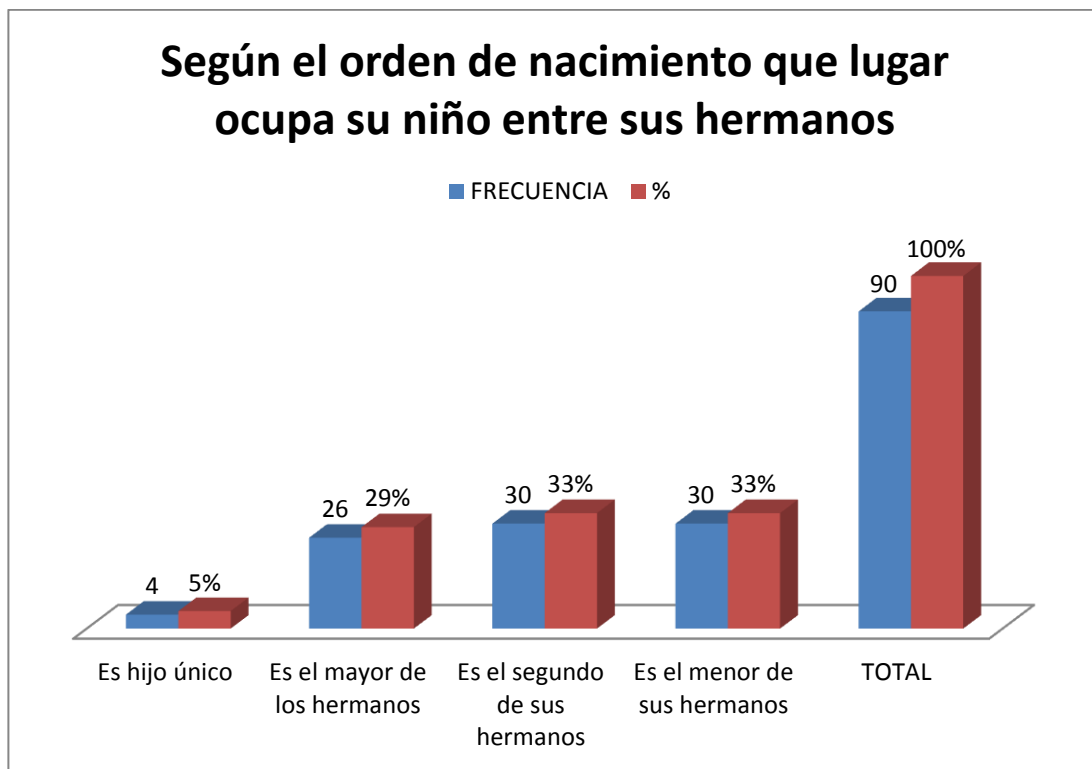
ANALISIS E INTERPRETACION

Al indagar a los padres sobre el comportamiento de los niños en casa el 46% de ellos declaró que son inquietos, el 30% dijeron que su hijo es obediente, un 8% tiene hijos desobedientes, otro 6% dijo que su hijo es conflictivo, al igual que un 5% declaró que su hijo es amistoso y otro 5% dijo que su hijo es desobediente.

De los resultados obtenidos se obtiene que el 46% de los niños presentan un comportamiento inquieto en casa, perteneciendo al grupo de los niños difíciles debido al siguiente concepto, según el libro de A. Cameron R. Widmer, "Manual de odontología pediátrica, editorial Panamericana 2000 dice: **"Los más estudiados han sido los llamados *"niños difíciles"*, quienes se han relacionado con problemas de conducta durante la infancia. El niño difícil es menos predecible en sus horarios, se siente incómodo cuando cambia la situación, y con frecuencia llora o presenta un humor negativo, es muy inquieto. Rechaza nuevas experiencias."**

GRAFICUADRO # 6
CLASIFICACIÓN DEL NIÑO DE ACUERDO A SU POSICIÓN
SOCIAL EN LA FAMILIA

OPCIONES	F	%
Es hijo único	4	5
Es el mayor de los hermanos	26	29
Es el segundo de sus hermanos	30	33
Es el menor de sus hermanos	30	33
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Frente a esta información destaca que el 33% su hijo es el menor de sus hermanos, otro 33% de ellos enunció es el segundo entre sus hermanos, el 29% es el mayor de los hijos, y un 5% expuso que es su único hijo.

El 33% de los padres afirmó que su hijo era el menor entre sus hermanos y otro 33% dijo que era el segundo a lo que se puede agregar que:

“EL HIJO MENOR:

- **Presenta variables en el desarrollan de su personalidad.**
- **La disciplina que le imponen no es tan rígida.**
- **Es blanco de burla de sus hermanos.**
- **No puede hacer lo mismo que sus hermanos lo que lo vuelve indisciplinado, rebelde, hiperactivo.**
- **Trata de llamar la atención no cumpliendo con las normas.**
- **Se lo recrimina comparándole con sus hermanos.**

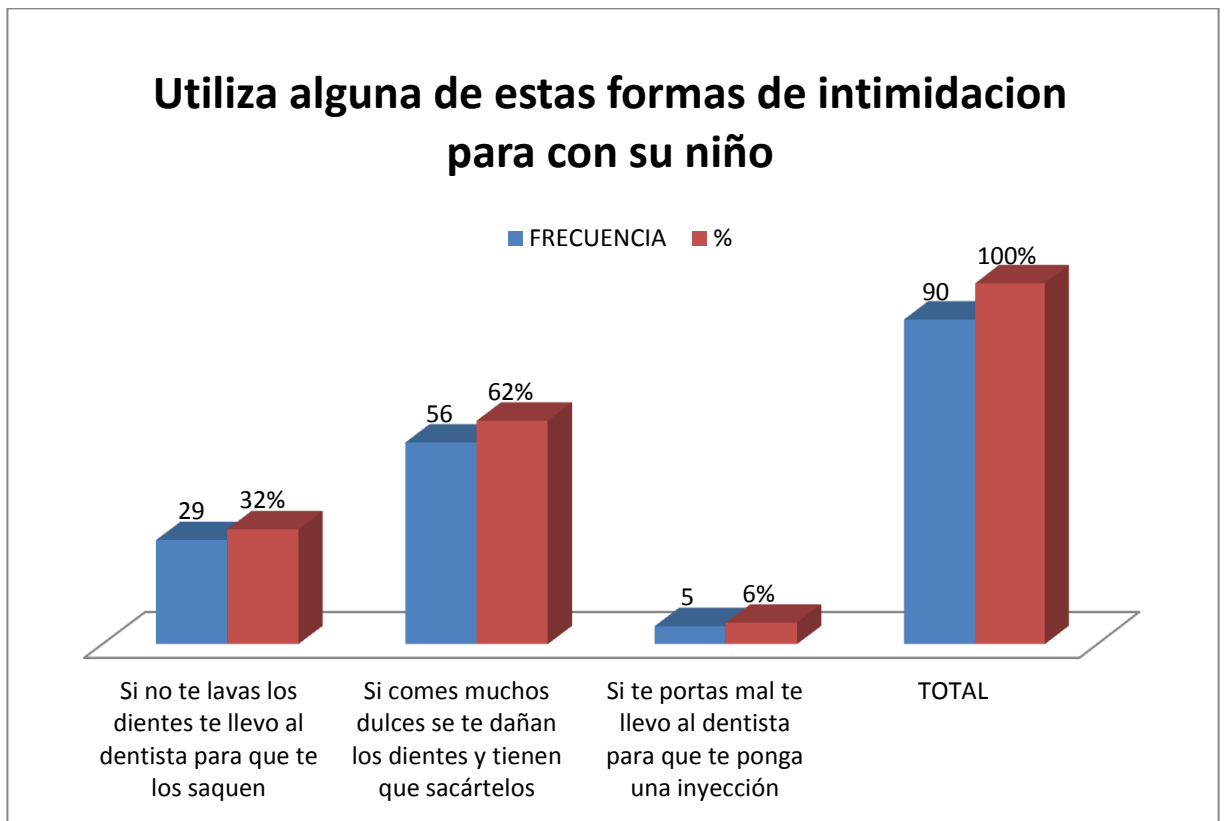
EL SEGUNDO:

- **Depende fundamentalmente del sexo del primero y tercero.**
- **Establece rivalidad, dependencia o linaje con uno de sus hermanos.**
- **Temperamento explosivo o sosegado.**
- **Generan rasgos de timidez con miedos o fantasías inadecuadas.”**

Por: Raymon Paulyf, “La odontología integral del niño” edit. Universidad de Costa Rica facultad Odontología, digitalizado Universidad de Michigan 2008

GRAFICUADRO # 7
FORMAS DE INTIMIDACIÓN QUE UTILIZAN LOS PADRES
HACIA LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
Si no te lavas los dientes te llevo al dentista para que te los saquen	29	32
Si comes muchos dulces se te dañan los dientes y tienen que sacártelos	56	62
Si te portas mal te llevo al dentista para que te ponga una inyección	5	6
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

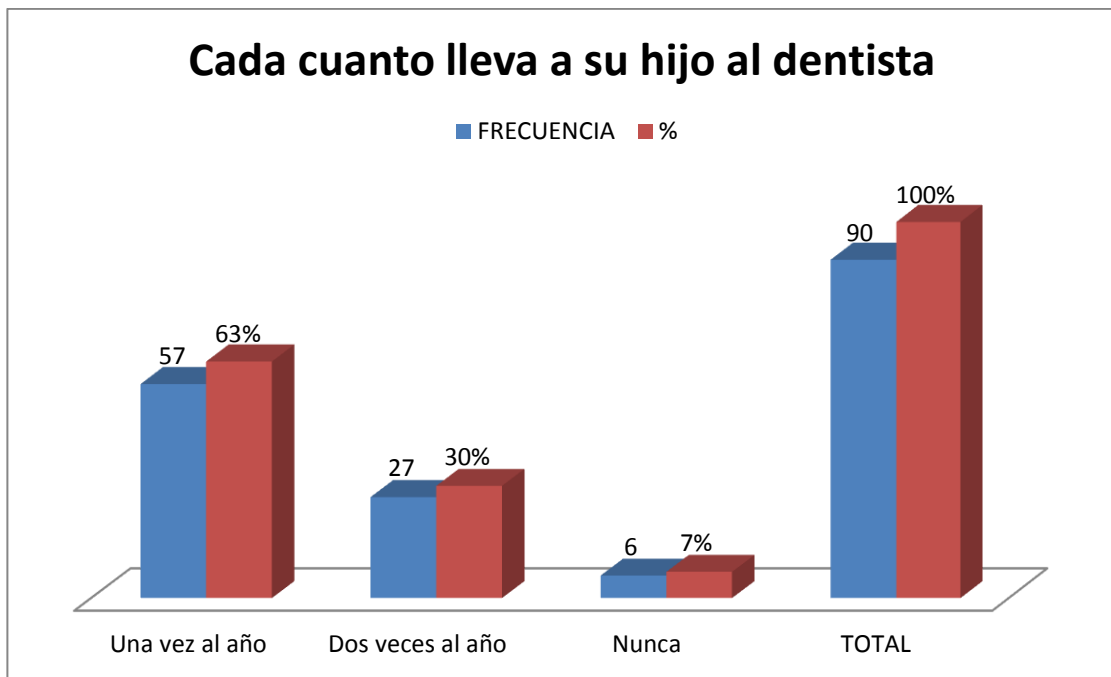
El presente cuadro indica que el 62% de los padres les dicen a sus hijos que si comen muchos dulces se le dañan los dientes y tienen que sacárselos, un 32% declaró que utiliza dice que si no te lavas los dientes los llevan al dentista para que te los saquen y un último 6% utiliza la frase de si te portas mal te llevó al dentista para que te ponga una inyección.

Del resultado anterior se obtiene que el 62% de los padres les dicen a sus hijos que si comen muchos dulces se les dañan los dientes y tienen que sacárselos. A esto se agrega que: **“Las conversaciones que los niños han tenido con sus padres causan mucha influencia en la actitud de estos en la consulta”**. Por: Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

GRAFICUADRO # 8

NÚMERO DE VISITAS AL ODONTÓLOGOS

OPCIONES	F	%
Una vez al año	57	63
Dos veces al año	27	30
Nunca	6	7
TOTAL	90	100



Fuente encuesta realizada a los padres de los niños del programa de salud bucal escolar.

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Al analizar el presente cuadro se observo que un 63% de los padres llevan a sus hijos una vez al año al dentista, otro 30% dijo llevarlos al dentista 2 veces al año y un 7% no los lleva nunca al dentista.

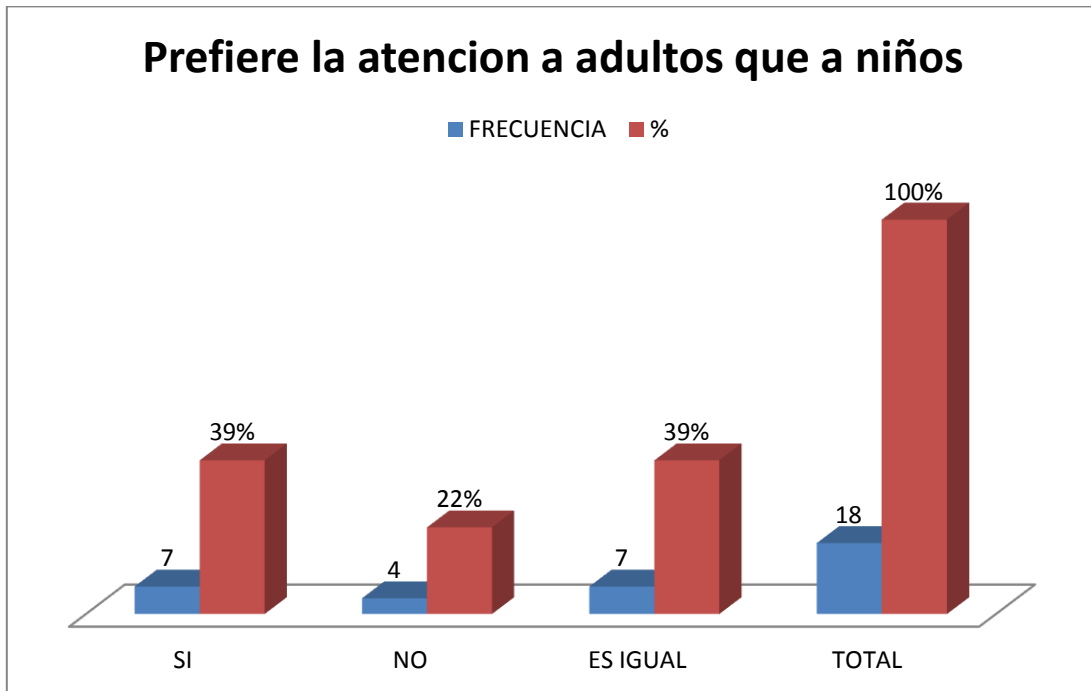
“El visitar periódicamente al dentista, (período no mayor de 6 meses) puede identificar cualquier dolencia, cuando recién comienza; el procedimiento de curación es mucho más sencillo de llevar a cabo”. Por Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett . "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.

7.1.3 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ODONTÓLOGOS DEL ÁREA DE SALUD N°1

GRAFICUADRO #1

PREFERENCIA DE ATENCIÓN

OPCIONES	F	%
SI	7	39
NO	4	22
ES IGUAL	7	39
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Analizando si el odontólogo prefiere la atención a adultos que a niños nos da como resultado que un 39% prefiere la atención a adultos teniendo otro 39% de odontólogos que manifiestan que les da igual la atención a niños que adultos mientras que un 22% prefiere la atención a niños.

El 39% de odontólogos expresaron que prefieren atender a adultos que a niños al igual que otro 39% que comenta no darle importancia a la edad. Según Mauricio Moya I. Dr., Mercedes Pinzón B. Dra., Otros, "Odontología Básica Integrada", Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia, cita lo siguiente:

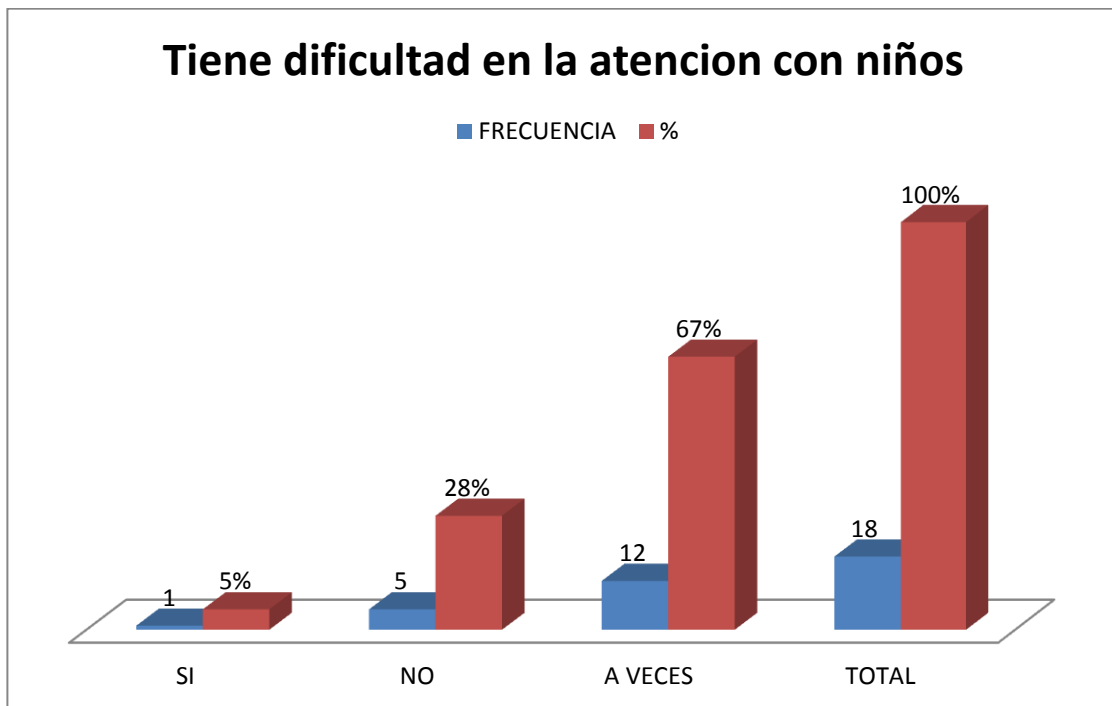
"Respetar a todo ser humano.

Las relaciones interpersonales deben enmarcarse dentro del respeto mutuo, respetando las diferencias de raza, edad, credo, política, etc. El trato con cada una de las personas con las que se interactúa debe ser de respeto, iniciando. El tuteo debe restringirse exclusivamente a los niños, pues les da cierto grado de confianza".

GRAFICUADRO #2

DIFICULTAD DEL ODONTOLOGO EN CUANTO AL MANEJO DEL NIÑO

OPCIONES	F	%
SI	1	5
NO	5	28
A VECES	12	67
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

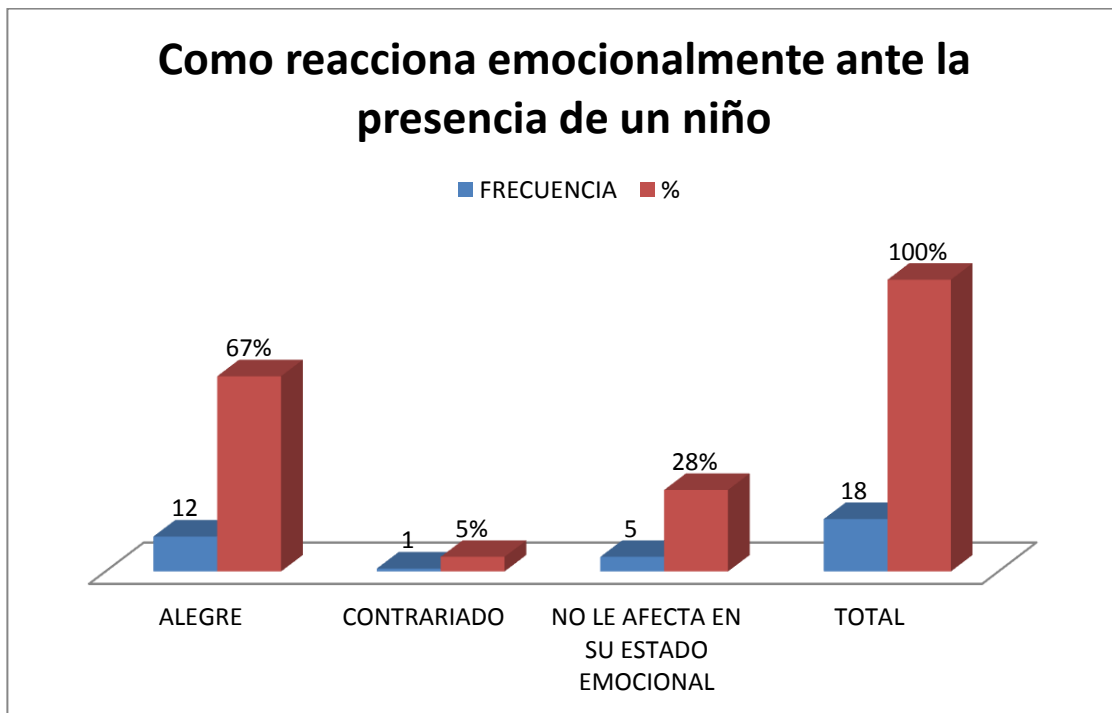
De acuerdo a las encuestas realizadas a los odontólogos pudimos observar que : el 67% a veces tiene dificultad en la atención con niños, un 5% si tiene dificultad en atención con niños y un 28% no presenta ninguna dificultad.

El 67% de los odontólogos dijo a veces tener dificultad en la atención con niños a esto se puede agregar que: **“El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares. Mientras mayor sea el conocimiento, obtenido en entrenamiento formal, experiencia, o ambas, mayores son las posibilidades de tener buenos resultados en la conducción del paciente.”** Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

GRAFICUADRO #3

ESTADO EMOCIONAL DEL ODONTOLOGO FRENTE A UN NIÑO

OPCIONES	F	%
ALEGRE	12	67
CONTRARIADO	1	5
NO LE AFECTA EN SU ESTADO EMOCIONAL	5	28
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

En el presente cuadro observamos que los odontólogos en un 67% reaccionan alegres ante la presencia de un niño en la consulta, un 28% no le afecta en lo absoluto su estado emocional mientras que un 5% los contraría.

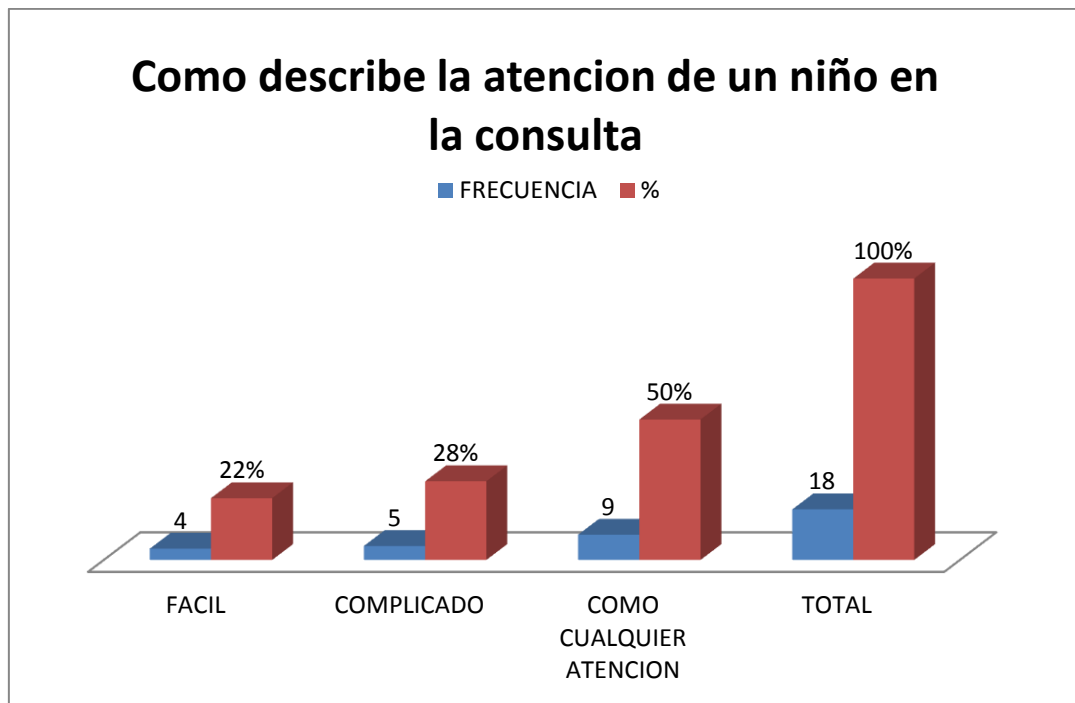
El 67% de los odontólogos dijeron reaccionar alegres ante la presencia de un niño en la consulta, ante esto podemos considerar que: **“La profesión de Odontología se da en un contexto “relacional”, es decir, en constante comunicación con personas. En este sentido es una profesión gratificante, pero también costosa emocionalmente ya que el equipo odontológico tiene que lidiar con todas las frustraciones, miedos, “malos modos”, agresividades, inseguridades, tópicos, prejuicios, personalidades, motivaciones, expectativas... con las que acude a consulta dental cada uno de los pacientes.”**

Por: www.dentaldoctors.es/portal/imagenes/

GRAFICUADRO #4

GRADO DE DIFICULTAD EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO

OPCIONES	F	%
FACIL	4	22
COMPLICADO	5	28
COMO CUALQUIER ATENCION	9	50
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

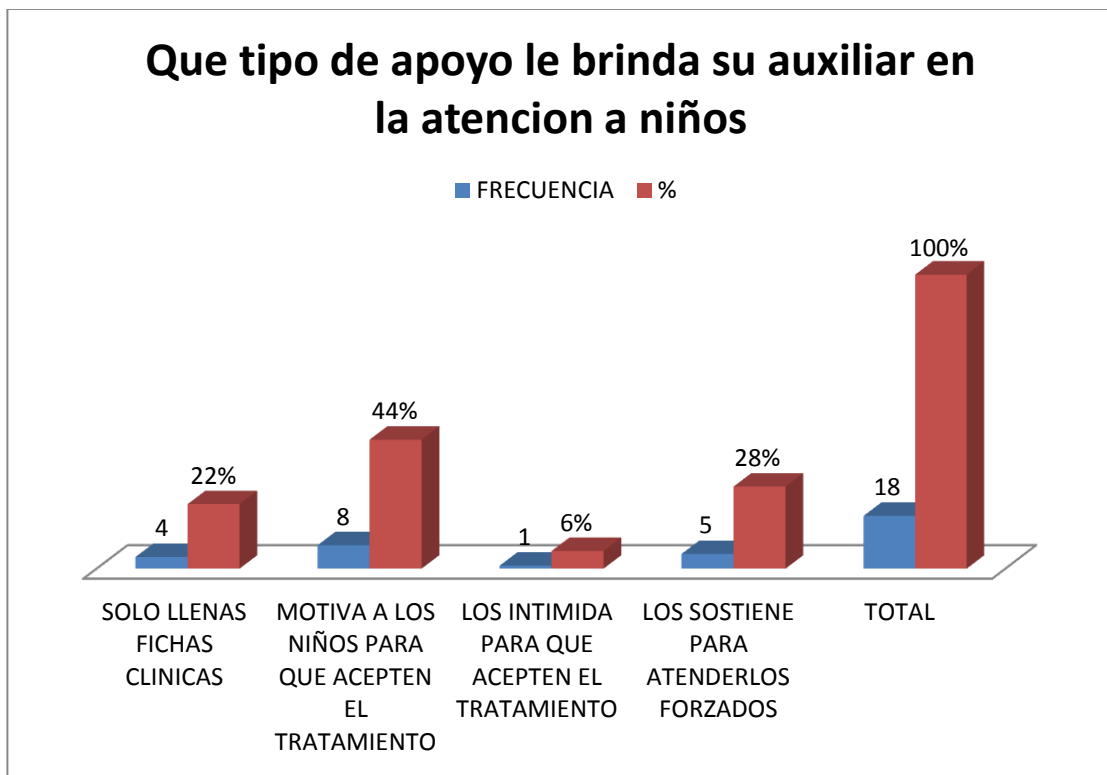
De acuerdo a la información obtenida se tiene como resultado que los odontólogos en un 50% describen que la atención al niño es como cualquier atención, un 28% catalogo como complicada la atención mientras que un 22% la describió como fácil.

El 50% de los odontólogos dicen que para ellos la atención en niños es como cualquier otra atención, ante esto se puede decir: **“El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares. Mientras mayor sea el conocimiento, obtenido en entrenamiento formal, experiencia, o ambas, mayores son las posibilidades de tener buenos resultados en la conducción del paciente”**, según el libro de Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

GRAFICUADRO # 5

TRABAJO DEL AUXILIAR

OPCIONES	F	%
SOLO LLENAS FICHAS CLINICAS	4	22
MOTIVA A LOS NIÑOS PARA QUE ACEPTEN EL TRATAMIENTO	8	44
LOS INTIMIDA PARA QUE ACEPTEN EL TRATAMIENTO	1	6
LOS SOSTIENE PARA ATENDERLOS FORZADOS	5	28
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

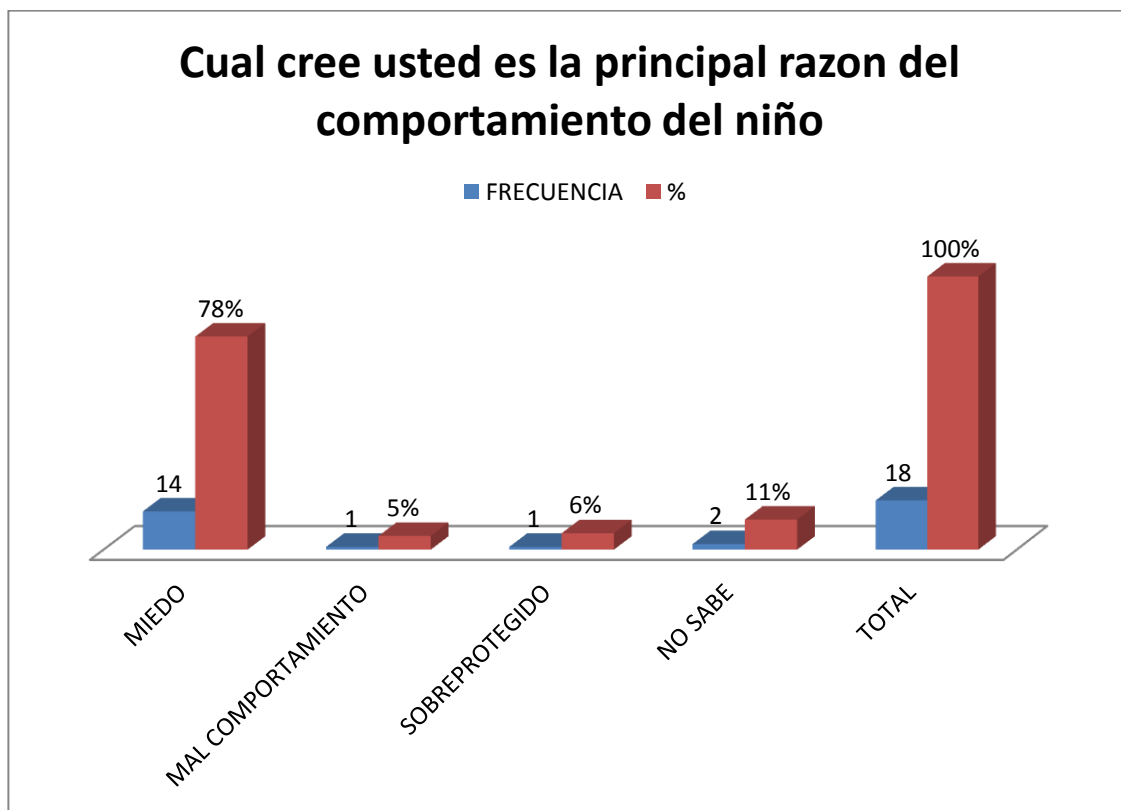
Frente a esta información se destaca que el apoyo que brinda la auxiliar en un 44% motiva a los niños para que acepten el tratamiento, un 28% los sostiene para atenderlos forzados, otro 22% solo llena fichas clínicas y por ultimo un 6% los intimida para que acepten el tratamiento.

El 44% de los odontólogos dijo que su auxiliar motiva a los niños para que acepten el tratamiento. Según este resultados se puede agregar que: **“El auxiliar se colocará al frente del odontólogo brindándole ayuda al realizar el tratamiento teniendo contacto visual con el paciente, y siendo parte la conversación de éste con el odontólogo, llegando a actuar de manera determinada según se presente el comportamiento del niño.”**

Por: Mauricio Moya I. Dr., Mercedes Pinzón B. Dra., Otros, “Odontología Básica Integrada”, Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia.

GRAFICUADRO #6
PRINCIPAL RAZON DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO
ANTE EL ODONTOLOGO

OPCIONES	F	%
MIEDO	14	78
MAL COMPORTAMIENTO	1	5
SOBREPROTEGIDO	1	6
NO SABE	2	11
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Según las encuestas realizadas a los odontólogos sobre la principal razón del comportamiento del niño en la consulta un 78% contestó que la principal razón es el miedo, un 6% que se debe a que el niño es sobreprotegido por sus padres, otro 5% se debe a que el niño presenta un mal comportamiento y un 11% contestó que no sabía.

El 78% de los odontólogos consideran que la principal razón de la conducta negativa de los niños es el miedo, ante esto se puede señalar que: **“El miedo dental puede contemplarse desde una doble perspectiva. Por un lado, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social (a veces sin haber llegado a pasar por ninguna consulta); por la otra, como respuesta adicional a otros miedos en estados propensos a padecer desórdenes psicológicos. El miedo invade y afecta a la persona tanto en su vida social como a nivel familiar, laboral y/o en el estudio.”** Según un artículo encontrado en la revista:

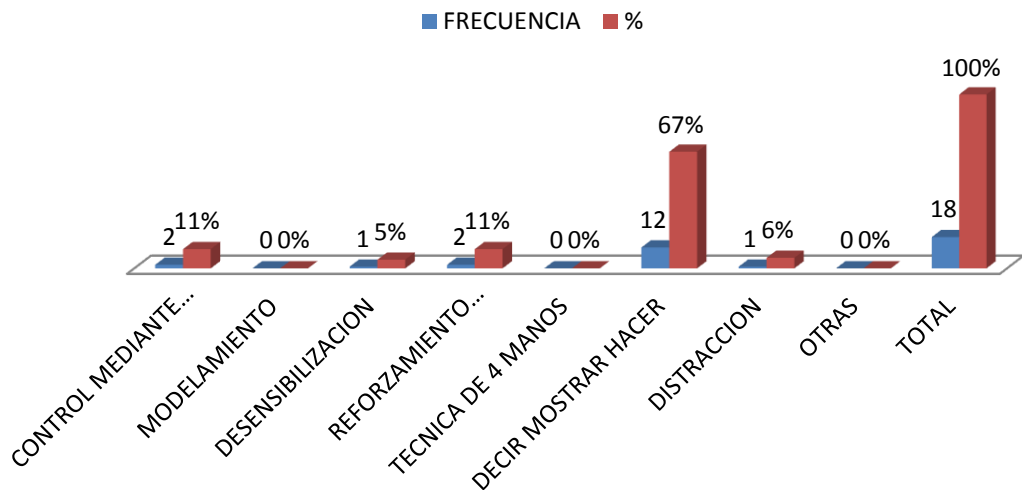
Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett . "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.:

GRAFICUADRO #7

TÉCNICAS UTILIZADAS EN ATENCIÓN AL NIÑO

OPCIONES	F	%
CONTROL MEDIANTE LA VOZ	2	11
MODELAMIENTO	0	0
DESENSIBILIZACION	1	5
REFORZAMIENTO POSITIVO	2	11
TECNICA DE 4 MANOS	0	0
DECIR MOSTRAR HACER	12	67
DISTRACCION	1	6
OTRAS	0	0
TOTAL	18	100

En el caso de un niño que llega por primera vez a su consulta, cual de estas tecnicas de atencion utiliza



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTEERPRETACION

Según las respuestas obtenidas por parte del odontólogo en la utilización de técnicas utilizadas en la atención del niño que llega por primera vez a la consulta tenemos que un 67% utiliza la técnica decir mostrar hacer, un 11% utilizan la técnica de control mediante la voz y en un mismo porcentaje la técnica de reforzamiento positivo, otro 6% la técnica de distracción, un 5% utilizan la técnica de Desensibilización y en un 0% en equidad las técnicas de Modelamiento y otras técnicas.

El 67% de los odontólogos dijo utilizar la técnica decir, mostrar, hacer ante la primera visita de un niño: **“Decir, mostrar, hacer: La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido.**

Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá.

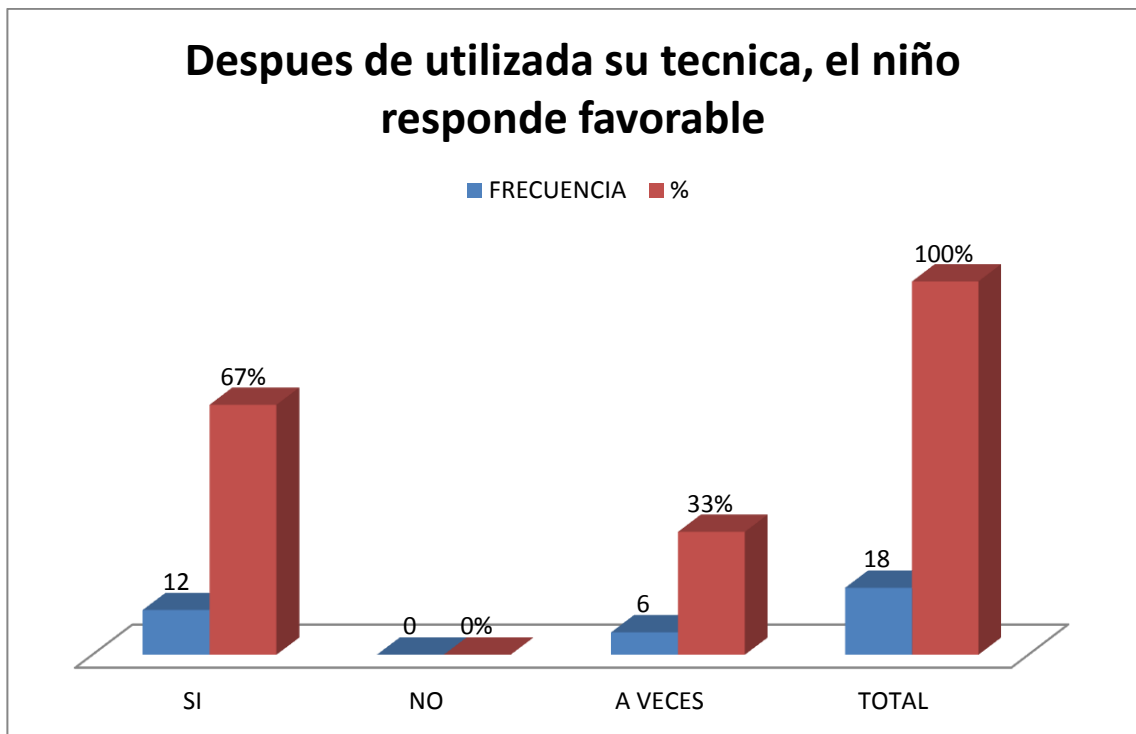
El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.” Por:

www.actaodontologica.com

GRAFICUADRO # 8

EFFECTO DE LA TECNICA UTILIZADA EN EL NIÑO

OPCIONES	F	%
SI	12	67
NO	0	0
A VECES	6	33
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

De acuerdo a las encuestas realizadas los odontólogos respondieron en un 67% el niño responde favorablemente a la técnica utilizada, otro 33% acoto que no responde favorablemente a la técnica y un 0% expreso que a veces responde.

El 67% de los odontólogos dijo que después de utilizada esta técnica los niños respondieron favorablemente: **“Los niños menores tienen poco margen de tolerancia y concentración. Los objetivos inmediatos con estos pacientes deben ser basados en esa realidad.**

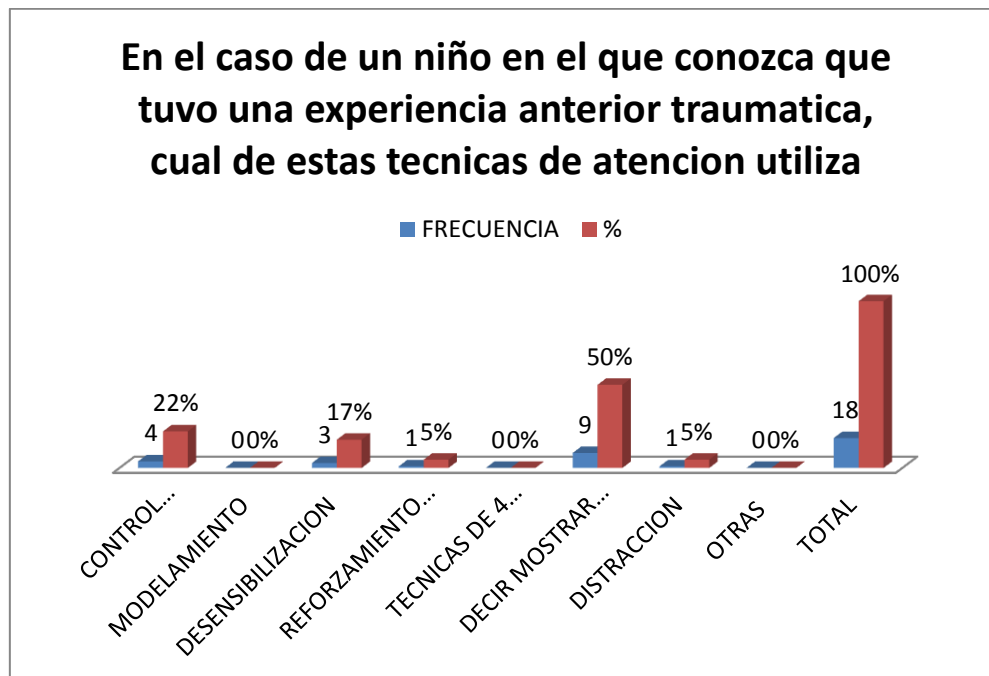
El buen comportamiento del paciente debe ser señalado y reconocido”, según:

Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela.

GRAFICUADRO # 9

TÉCNICA UTILIZADA SI EL NIÑO TUVO UNA EXPERIENCIA ANTERIOR TRAUMÁTICA.

OPCIONES	F	%
CONTROL MEDIANTE DE LA VOZ	4	22
MODELAMIENTO	0	0
DESENSIBILIZACION	3	17
REFORZAMIENTO POSITIVO	1	5
TECNICAS DE 4 MANOS	0	0
DECIR MOSTRAR HACER	9	50
DISTRACCION	1	5
OTRAS	0	0
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

En el siguiente cuadro podemos observar que un 50% de los odontólogos utilizo la técnica decir mostrar hacer, un 22% utiliza la técnica mediante el control de la voz, un 17%, utilizo la técnica de desensibilización, otro 6% utilizan la técnica de distracción, en un 5% la técnica de reforzamiento positivo y por ultimo en un 0% las técnicas de cuatro manos, Modelamiento y otras.

El 50% de los odontólogos ante la presencia de un niño con una experiencia traumática dijo preferir usar la técnica decir, mostrar, hacer: **“Decir, mostrar, hacer: La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido.**

Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá.

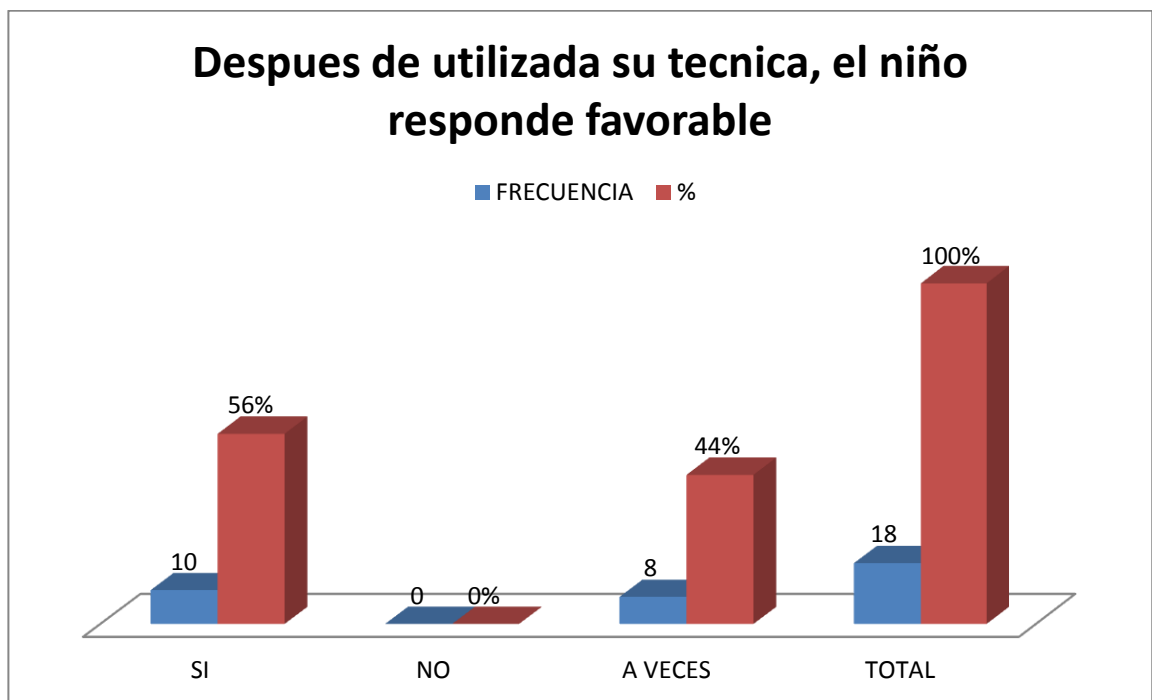
El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.”

www.actaodontologica.com/.../adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp

GRAFICUADRO # 10

EFFECTO DE LA TÉCNICA UTILIZADA

OPCIONES	F	%
SI	10	56
NO	0	0
A VECES	8	44
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Según los resultados obtenidos del uso de la técnica utilizada por los odontólogos en caso de que el niño haya tenido una experiencia traumática anterior un 56% contestó que su técnica es favorable, otro 44% que a veces su técnica es aceptada mientras que un 0% acotó que su técnica no es aceptada por el niño.

El 56% de los odontólogos dijo que después de utilizada su técnica el niño respondió favorablemente, ante esto se agrega lo siguiente: **“Los niños menores tienen poco margen de tolerancia y concentración. Los objetivos inmediatos con estos pacientes deben ser basados en esa realidad.**

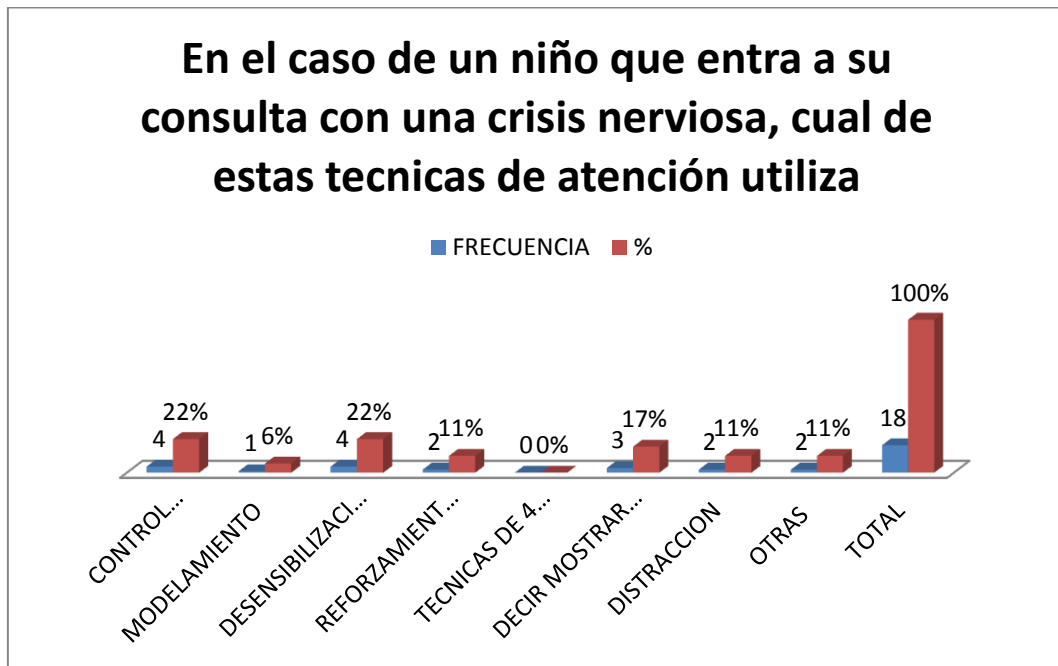
El buen comportamiento del paciente debe ser señalado y reconocido.”

Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela.

GRAFICUADRO #11

TECNICA UTILIZADA EN CASO DE QUE UN NIÑO PRESENTE CRISIS NERVIOSA EN LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
CONTROL MEDIANTE DE LA VOZ	4	22
MODELAMIENTO	1	6
DESENSIBILIZACION	4	22
REFORZAMIENTO POSITIVO	2	11
TECNICAS DE 4 MANOS	0	0
DECIR MOSTRAR HACER	3	17
DISTRACCION	2	11
OTRAS	2	11
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Podemos analizar que en un 22% el odontólogo utiliza las técnicas de desensibilización y control mediante la voz, en un 17% la técnica decir mostrar hacer, en un 11% utiliza las técnicas de reforzamiento positivo, distracción y otras técnicas, en un 6% la técnica de Modelamiento y por último en un 0% la técnica de 4 manos.

Un 22% de los odontólogos dijo utilizar la técnica de control mediante la voz ante la presencia de un niño con una crisis nerviosa en la consulta y otro 22% prefirió la técnica desensibilización: **“Control mediante la voz: El dentista puede utilizar una voz dulce y amistosa, haciéndola firme si fuera necesario, este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo".**

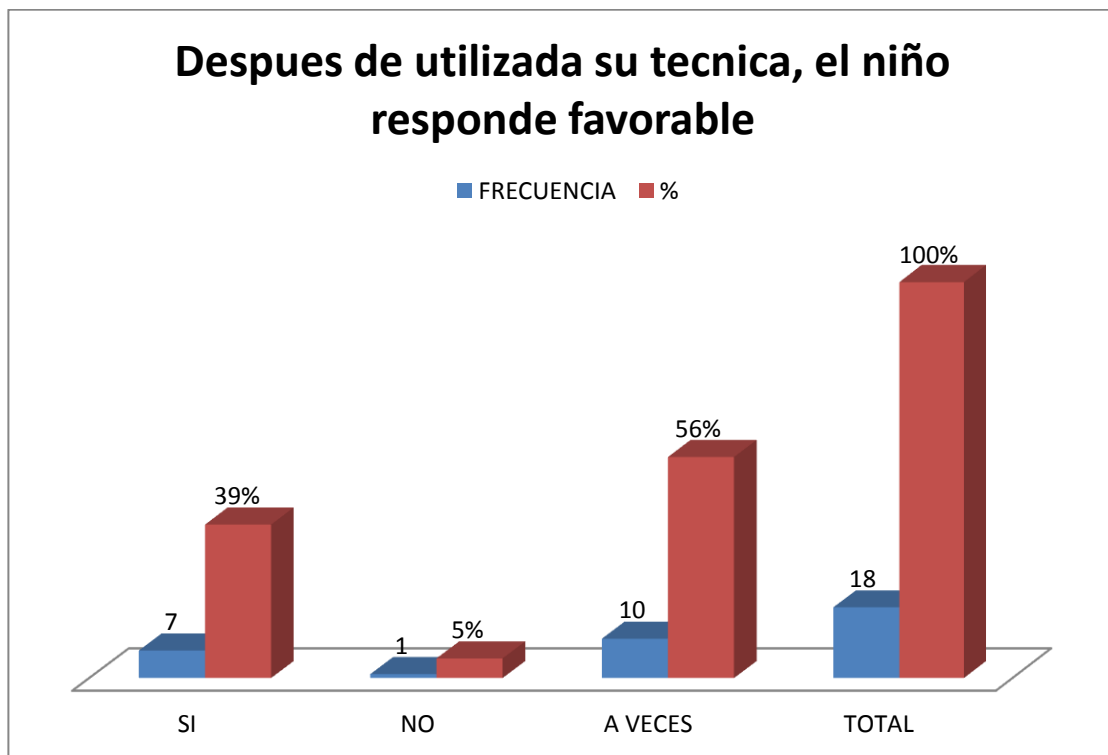
Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles.

Desensibilización: Técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen ansiedad.”
Es poco práctica en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas”.

Por: www.actaodontologica.com/,

GRAFICUADRO#12
EFFECTO DE LA TÉCNICA UTILIZADA EN UN NIÑO CON
CRISIS NERVIOSA EN LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
SI	7	39
NO	1	5
A VECES	10	56
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

De acuerdo a la técnica utilizada por el odontólogo cuando un niño ingresa a la consulta con crisis nerviosa un 59% respondió que a veces su técnica es favorable, otro 39% acoto que su técnica era efectiva en el niño, y un 5% que el niño no responde favorablemente a la técnica.

El 59% de los odontólogos respondió que después de utilizada su técnica el niño respondió de una manera favorable ante estos se puede agregar: **“Los niños menores tienen poco margen de tolerancia y concentración. Los objetivos inmediatos con estos pacientes deben ser basados en esa realidad.**

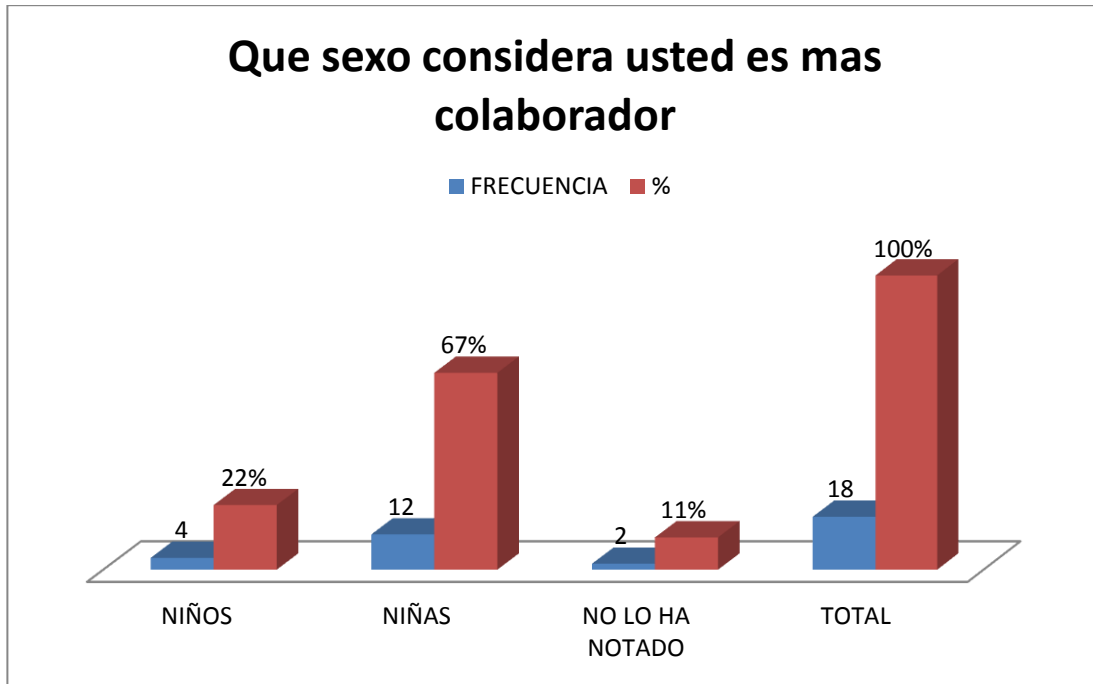
El buen comportamiento del paciente debe ser señalado y reconocido.”

Por: Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela.

GRAFICUADRO#13

QUE SEXO ES MAS COLABORADOR

OPCIONES	F	%
NIÑOS	4	22
NIÑAS	12	67
NO LO HA NOTADO	2	11
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Según las encuestas realizadas los odontólogos contestaron en un 67% opina que las niñas son más colaboradoras, otro 22% acoto que los niños son más colaboradores y en un 11% no lo han notado.

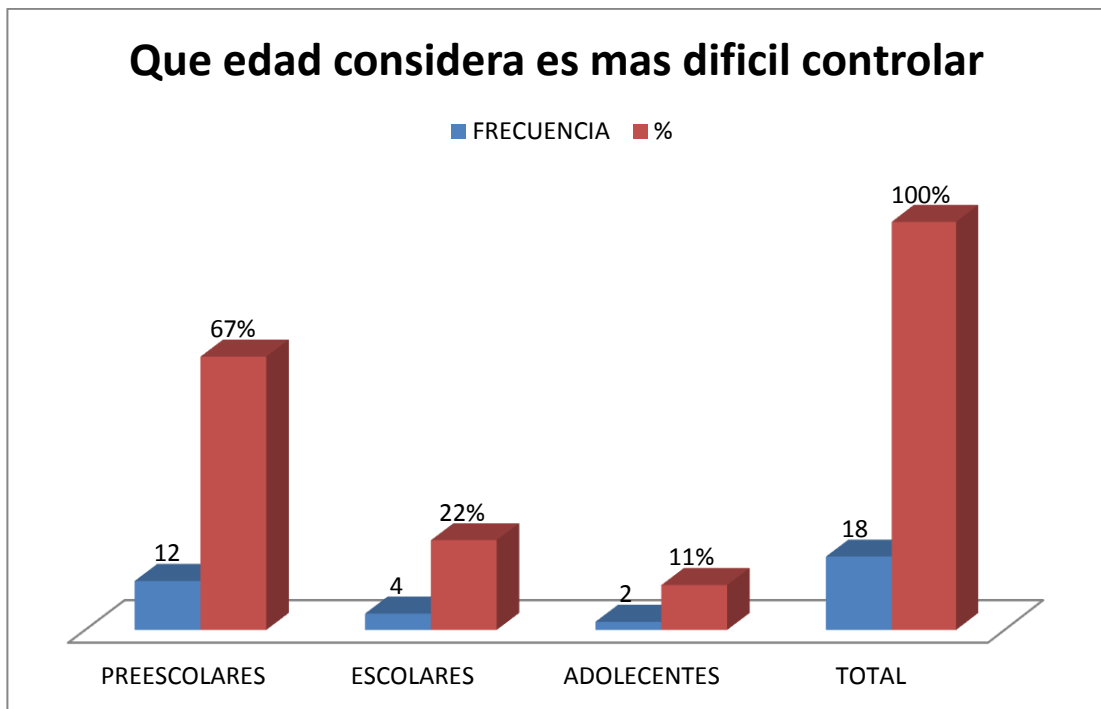
El 67% de los odontólogos contestaron que consideran mas colaborador al sexo femenino: **“Un apoyo indirecto para esta premisa podría encontrarse en el hecho de que entre los pacientes que sufren de severos miedos dentales, la salud oral está significativamente más deteriorada en hombres que en mujeres. Las mujeres están más abiertas a admitir su ansiedad dental y a iniciar el tratamiento.”** Por:

Lima Álvarez Magda, Casanova Rivero Yanett . "Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico." Humanidades Médicas, Vol 6, No 16, Enero - Abril de 2006.

GRAFICUADRO#14

DIFICULTAD DE CONTROL SEGÚN LA EDAD

OPCIONES	F	%
PREESCOLARES	12	67
ESCOLARES	4	22
ADOLECENTES	2	11
TOTAL	18	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Los odontólogos respondieron a las encuestas en un 67% que los preescolares son los más difíciles de controlar en la consulta, mientras que un 22% opino que los escolares es un grupo de difícil control y por ultimo un 11% que son los adolescentes.

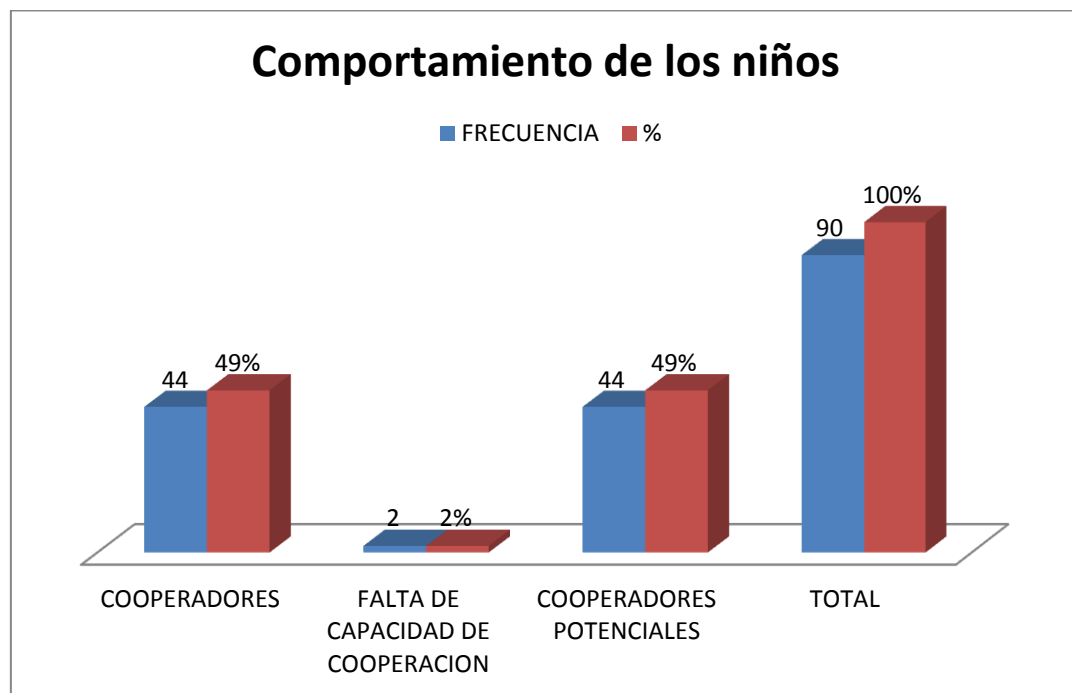
El 67% de los odontólogos coincidieron en que los preescolares son los mas difíciles de controlar dentro de la consulta, a esto se puede agregar que: **“En la edad pre-escolar (cuatro a seis años), la conducta es impredecible y puede oscilar de la no cooperación a la docilidad, de la sumisión a la cooperación inteligente y feliz; el niño acepta procedimientos odontológicos sencillos pero cuando éstos se hacen más complejos sufre un proceso de regresión y desea volver a su madre.”**

Por: [fundacta\[aroba\]actaodontologica.com](mailto:fundacta@actaodontologica.com) menciona:

7.1.4 ANALISIS DEL REGISTRO DE OBSERVACION REALIZADOS EN LAS DIFERENTES UNIDADES OPERATIVAS DEL AREA N° 1

GRAFICUADRO # 1
COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS DENTRO DE LA CONSULTA

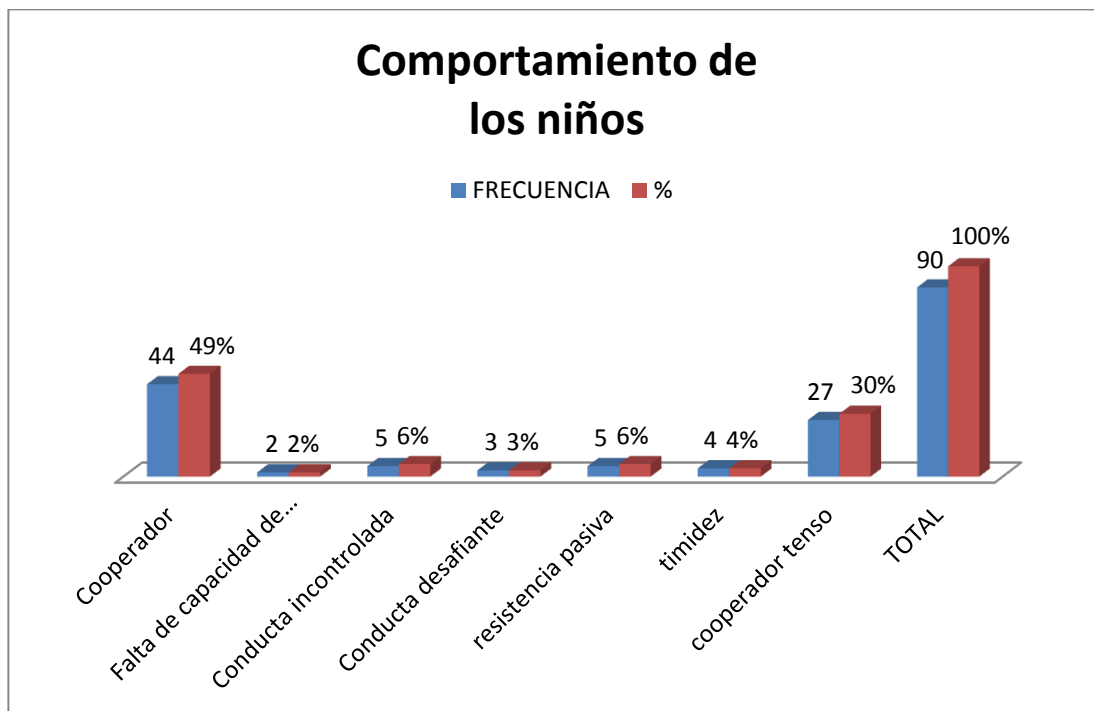
OPCIONES	F	%
COOPERADORES	44	49
FALTA DE CAPACIDAD DE COOPERACION	2	2
COOPERADORES POTENCIALES	44	49
TOTAL	90	100



Fuente registro de observación realizado en las unidades operativas del Área de Salud N°1

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

OPCIONES	F	%
Cooperador	44	49
Falta de capacidad de cooperación	2	2
Conducta incontrolada	5	6
Conducta desafiante	3	3
resistencia pasiva	5	6
timidez	4	4
cooperador tenso	27	30
TOTAL	90	100



Fuente registro de observación realizado en las unidades operativas del Área de Salud N°1

Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Al analizar sobre el comportamiento de los niños dentro de la consulta se puede ver que de 90 niños observados el 49 % de los niños atendidos fueron cooperadores, otro 49% corresponde al grupo de los cooperadores potenciales que a su vez está dividido en: el 30% de ellos fueron determinados como cooperadores tensos, el 6% de éstos fueron calificados con resistencia pasiva, otro 6% se diagnosticados con conducta incontrolada, el 4% de ellos se los estableció como tímidos, otro 3% tuvieron una conducta desafiante siendo todos estos mencionados pertenecientes al grupo de los cooperadores potenciales, y el último 2% correspondió a la falta de capacidad de cooperación.

Frente a esta información se obtuvo que El 49% de los niños observados presentaron la conducta de cooperadores y otro 49% se encontró como cooperadores potenciales lo cual un artículo encontrado en Por: Fernando Escobar Muñoz Dr., "Odontología Pediátrica" 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela: cita lo siguiente:

“COOPERADORES:

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

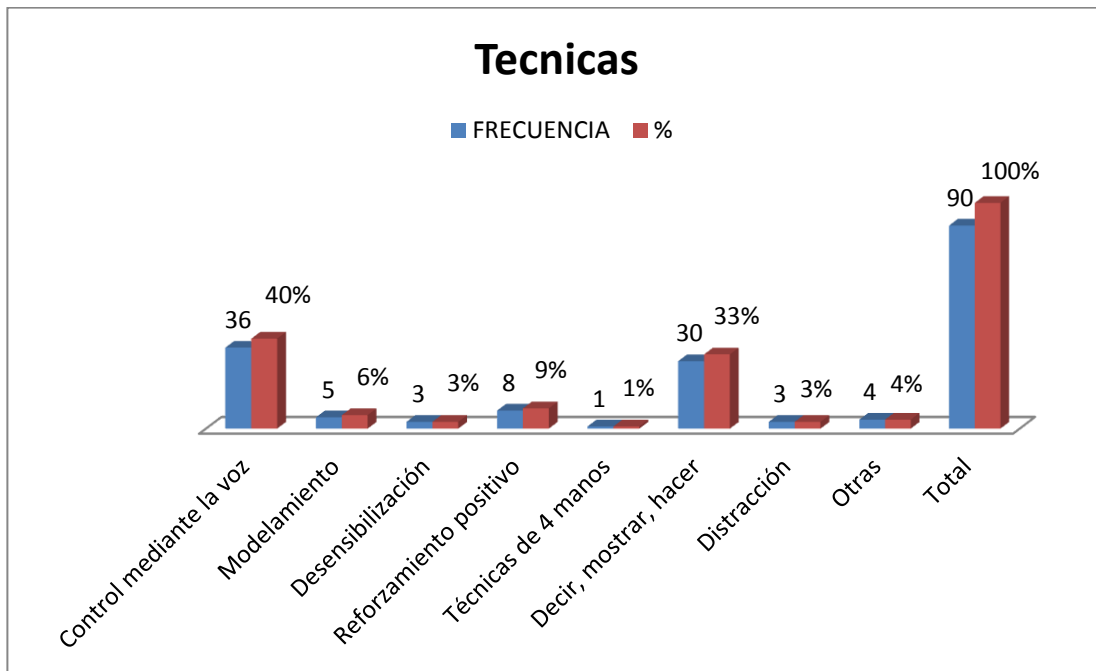
COOPERADORES POTENCIALES:

Pacientes en esta categoría son los niños problema, su conducta no es cooperadora, pero a diferencia del grupo anterior se modifica favorablemente.”

GRAFICUADRO # 2

TECNICAS UTILIZADAS POR LOS ODONTOLOGOS EN LA ATENCION A NIÑOS

OPCIONES	F	%
Control mediante la voz	36	40
Modelamiento	5	6
Desensibilización	3	3
Reforzamiento positivo	8	9
Técnicas de 4 manos	1	1
Decir, mostrar, hacer	30	33
Distracción	3	3
Otras	4	4
Total	90	100



Fuente registro de observación realizado en las unidades operativas del Área de Salud N°1
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Frente a esta información se obtuvo como resultado que el 40% de los odontólogos utilizaban la técnica del control de la voz, un 33% uso la técnica decir, mostrar, hacer, el 9% de ellos uso el reforzamiento positivo, otro 6% uso la técnica de modelamiento, el 5% uso otro tipo de método para la atención a los niños cabe indicar que la mayoría de veces se observó al profesional no utilizar ninguna de las técnicas e incluso ni siquiera establecer algún tipo de conversación con el niño mientras realizaba el tratamiento, en un 3% utilizó la técnica de desensibilización, otro 3% utilizó la técnica de distracción, y con apenas un 1% se observó la técnica de 4 manos.

El 44% de los odontólogos utilizaban la técnica de control mediante la voz que por concepto dice: **“Control mediante la voz: El dentista puede utilizar una voz dulce y amistosa, haciéndola firme si fuera necesario.**

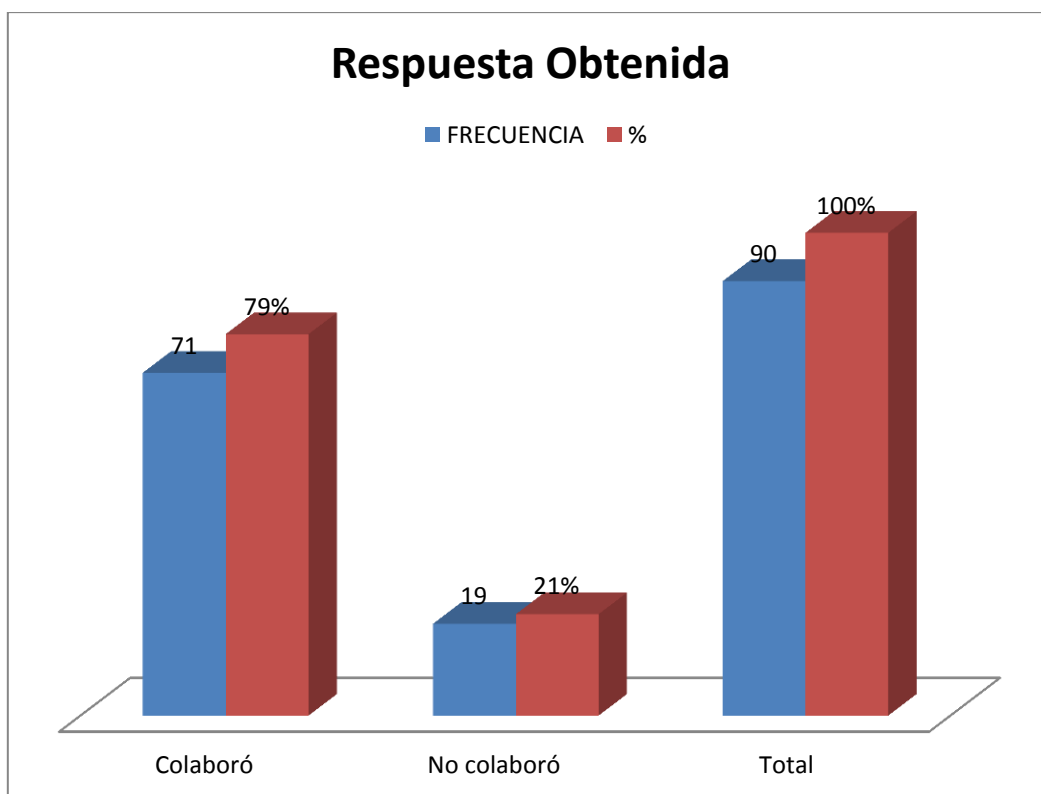
Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo".

Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles.”

Por: Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

GRAFICUADRO # 3
RESPUESTA OBTENIDA POR LOS NIÑOS DURANTE LA ATENCION EN
LA CONSULTA

OPCIONES	F	%
Colaboró	71	79
No colaboró	19	21
Total	90	100



Fuente encuesta realizada a los odontólogos del Área de Salud N°1
 Responsables: Investigadoras, Angélica Miranda y Daniela Granizo

ANALISIS E INTERPRETACION

Mediante el siguiente cuadro se observó que de 90 niños observados el 79% de ellos colaboró en el tratamiento mientras que el otro 21% no colaboró.

El 79% de los niños al final de la consulta colaboraron para la realización del tratamiento ante esto se puede añadir que: **“Los niños menores tienen poco margen de tolerancia y concentración. Los objetivos inmediatos con estos pacientes deben ser basados en esa realidad.**

El buen comportamiento del paciente debe ser señalado y reconocido.”

Fernando Escobar Muñoz Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela.

7.2 CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos en esta investigación, permiten identificar que las estrategias utilizadas por los odontólogos y su influencia en el comportamiento de los niños es:

- Los niños presentaron un comportamiento cooperador en un 49 %, igual porcentaje corresponde al grupo de los cooperadores potenciales y es en este especial grupo en donde influyen las estrategias utilizadas por los odontólogos.
- El 78% de los profesionales creen que la causa del comportamiento negativo del niño es el miedo.
- El 40% de los odontólogos utiliza la técnica del control mediante la voz.
- El 79% de los niños atendidos colaboró en el tratamiento.

Al analizar todas las actividades que realizadas durante la ejecución del registro de observación surgieron nuevas conclusiones al percatarnos que:

Las consultas son realizadas de manera homogénea, pudiendo ser variadas y posibles considerando la diversidad de técnicas de atención.

Los odontólogos están utilizando las técnicas de atención odontológica de una manera equivocada, ya que no se toma en consideración la variedad de conductas que presentan los niños y que para cada una de estas se puede utilizar la técnica apropiada, ésto incide significativamente en la imagen que el niño se lleve del odontólogo.

7.3 RECOMENDACIONES

En relación a las conclusiones anotadas en el numeral anterior se recomienda lo siguiente:

- Es importante que los odontólogos establezcan un criterio claro de cual es el comportamiento del niño, para de esta forma aplicar la estrategia, permitiendo la colaboración del niño en la consulta, ya que no existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que no existen situaciones específicas que pudieran presentarse entre un paciente y otro, ya que son muchas las variables, lo mejor es utilizar la indicada según el tipo de conducta que presenta el niño.
- El miedo es innato en los niños más aun si se encuentran ante un escenario desconocido, además de que los procesos dentales son de carácter invasivo, no se recomienda en ningún momento hacerle afrontar la situación bruscamente ya que de esta manera solo se conseguiría transformar el temor en pánico. Y dificultar aun más la pérdida del miedo.
- Es necesario evaluar y adaptar al paciente pediátrico, con la aplicación de diversas técnicas, manejando las emociones a través de la psicología, conociendo la evolución sociológica y emocional del niño, creando cambios en su comportamiento, recordando que se le debe dar importancia independientemente de la edad, adecuando el trato del odontólogo al estado emocional del niño.
- Todos los niños tienen modelos de conductas, si no es la adecuada, lo indicado es contribuir a esculpir la misma, por eso es importante que el profesional tenga todos los conocimientos sobre las conducta en las diferentes edades manejando a la perfección las técnicas de asistencia.

12. BIBLIOGRAFIA

“La Salud De Los Hijos”, Enciclopedia Del Hogar, Editorial Prensa Moderna Por Convenio Con Ediciones Nauta S.A. Barcelona España.

Moya Mauricio Dr., Pinzón Mercedes Dra., “Odontología Básica Integrada”, Editores Ltda. Zamora, Bogotá Colombia.

Escobar, Fernando Dr., “Odontología Pediátrica” 2004 actualidades medico odontológicas Latinoamérica CA. Caracas-Venezuela

A. Cameron R. Widmer, “Manual de odontología pediátrica”, editorial Panamericana 2000

Paulyf Raymon, “La odontología integral del niño” edit. Universidad de Costa Rica facultad Odontología, digitalizado Universidad de Michigan 2008

www.webdelbebe.com/

www.dmedicina.com

www.ortodoncia.ws

www.actaodontologica.com/.../

<http://www.youtube.com/>

<http://www.scielo.org.ve/>

www.zonapediatrica.com/.../

www.librosaulamagna.com/...

www.areapadres.com/

www.monografias.com/.../

www.saludmental.info/

www.dentaldoctors.es/portal/imagenes/.../

www.actaodontologica.com/

www.encolombia.com/

[www.hipnosisnet.com.](http://www.hipnosisnet.com)

www.odontopediatria.html

1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO

1.1 TITULO

FORTALECER LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS ODONTOLÓGICAS PARA OPTIMIZAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS DURANTE LA ATENCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS DEL ÁREA DE SALUD N°1 DEL CANTÓN PORTOVIEJO.

1.2 ENTIDAD EJECUTORA

AREA DE SALUD N°1 – PORTOVIEJO

1.3 CLASIFICACION DEL PROYECTO

TIPO EDUCATIVO-SOCIAL

1.4 LOCALIZACION

PARROQUIA ANDRES DE VERA

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La investigación realizada a 90 niños del Programa de Salud Bucal Escolar de Área de Salud N°1 mediante la realización de encuestas y de registros de observación permitió identificar los siguientes resultados:

- Los niños presentaron un comportamiento cooperador en un 49 %, igual porcentaje corresponde al grupo de los cooperadores potenciales y es en

este especial grupo en donde influyen las estrategias utilizadas por los odontólogos.

- El 78% de los profesionales creen que la causa del comportamiento negativo del niño es el miedo.
- El 40% de los odontólogos utiliza la técnica del control mediante la voz.
- El 79% de los niños atendidos colaboró en el tratamiento.

Al analizar todas las actividades que realizadas durante la ejecución del registro de observación surgieron nuevas conclusiones al percatarnos que:

Las consultas son realizadas de manera homogénea, pudiendo ser variadas y posibles considerando la diversidad de técnicas de atención.

Los odontólogos están utilizando las técnicas de atención odontológica de una manera equivocada, ya que no se toma en consideración la variedad de conductas que presentan los niños y que para cada una de estas se puede utilizar la técnica apropiada, ésto incide significativamente en la imagen que el niño se lleve del odontólogo.

3. MARCO INSTITUCIONAL

ÁREA DE SALUD # 1

El Área de Salud #1 –Portoviejo de la provincia de Manabí, con una población estimada de 270.765 habitantes, fue conformada como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública, el 11 de Mayo del 1992, la misma que cuenta con cuarenta unidades operativas entre centros, subcentros y puestos de salud, distribuidos en las zonas rurales y urbanas del cantón Portoviejo y por su gran extensión poblacional , mantiene una gran demanda de usuarios que requieren servicios de salud de manera eficaz y oportuna.

En la provincia de Manabí existen diferentes Áreas de salud, determinado que en la ciudad de Portoviejo se encuentra en el Área que está conformada por la unidad de conducción del Área (UCA) y las Unidades Operativas que actualmente suman un total de 37 unidades funcionando, distribuidas 21 zonas urbano periféricas y 15 en la zona rural del cantón Portoviejo y 4 parte de la estructura del área como subcentro de salud.

Ubicación: Cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí. Limita al norte por los cantones Rocafuerte, Junín, Bolívar y Sucre al sur por el Cantón Pichincha y al oeste con el Cantón Montecristi y el Océano Pacífico.

Extensión: 967,5 Km.

Orografía: El Cantón, abarca una zona de colinas muy bajas y valles aluviales.

Hidrografía: Río Portoviejo, cuyos afluentes nacen del lado occidental de la Cordillera costanera cerca de Poza Honda y una vez en el valle se dirigen al noroeste para desembocar en el Océano Pacífico.

4. OBJETIVOS

GENERAL

Mejorar la aplicación de estrategias de atención odontológica, en el comportamiento de los niños atendidos en el Programa de Salud Bucal Escolar en las Unidades Operativas Urbanas del Área de Salud # 1.

ESPECIFICOS

- Elaborar y establecer métodos que ayuden a los odontólogos a acceder a los niños fácilmente disminuyendo las causas que lo llevaron a adoptar determinado tipo de comportamiento.
- Instruir a los odontólogos para el correcto uso de estrategias en la atención a niños.

- Evaluar los niveles de eficacia de las estrategias utilizadas por los odontólogos en la atención de los niños durante la consulta.
- Programar estrategias de atención odontológicas para obtener resultados positivos en el comportamiento de los niños.
- Difundir y fortalecer las técnicas de atención odontológicas de una manera correcta según el comportamiento de los niños dentro de la consulta.

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO

El presente proyecto consiste en desarrollar 10 horas de talleres educativos en el Área de Salud en la que participaran odontólogos y psicólogos expertos en el comportamiento de niños con la finalidad de difundir y fortalecer las técnicas y estrategias a utilizar al momento de la consulta.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de este proyecto serán los odontólogos los cuales desarrollaran nuevas y eficaces técnicas de comportamiento, ayudando o obtener sesiones más cortas y tiempo de trabajo más productivo, resultando positivo para los padres y niños que pertenecen al programa de salud.

7. DISEÑO METODOLOGICO

El desarrollo de esta propuesta se dará de la siguiente manera:

En la primera semana de marzo se iniciara la Socialización de la propuesta, se dará a conocer el proyecto en el Área de Salud N°1, mediante la Participación de autoridades de la institución, odontólogos, auxiliares e investigadoras.

Se proveerá de material de información con la presentación de power point, sobre las estrategias de atención odontológica. Con el fin de difundir la información a los

odontólogos y auxiliares del Área de Salud N°1, con la participación de autoridades de la institución, e investigadoras.

Se brindarán 10 horas de talleres sobre estrategias odontológicas a los dentistas y auxiliares de las diferentes unidades operativas del Área de Salud N°1, con la participación de autoridades de la institución, e investigadoras, el control se dará mediante registros de presencia firmados por los asistentes al evento.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MARZO DEL 2010								
	1era Semana			2da Semana			3era Semana		
	3	4	5	10	11	12	17	18	19
Socialización de la Propuesta	x	x							
Entrega de material de información			X	x					
Talleres educativos					x	x	x	x	x

RECURSOS HUMANOS

- Conferencistas
- Autoridades
- Odontólogos
- Niños y niñas que pertenecen al Programa de Salud Bucal Escolar.

RECURSOS TECNOLOGICOS

- Computadora
- Proyector
- CD
- Fotocopias

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO X HORA	COSTO TOTAL	Fuentes de financiamiento	
				Auto gestión	Aporte Institucional
Conferencista	2	\$50 x 5 horas	\$ 500,00	SI	-
Salón de Conferencia	1	\$10 x 10 horas	\$ 100,00	-	SI
Recursos Tecnológicos	1	\$5 x 10 horas	\$ 50,00	-	SI
Proyector de Imagen	1	\$10 x 10 horas	\$ 100,00	-	SI

TOTAL

\$ 750,00

SOSTENIBILIDAD

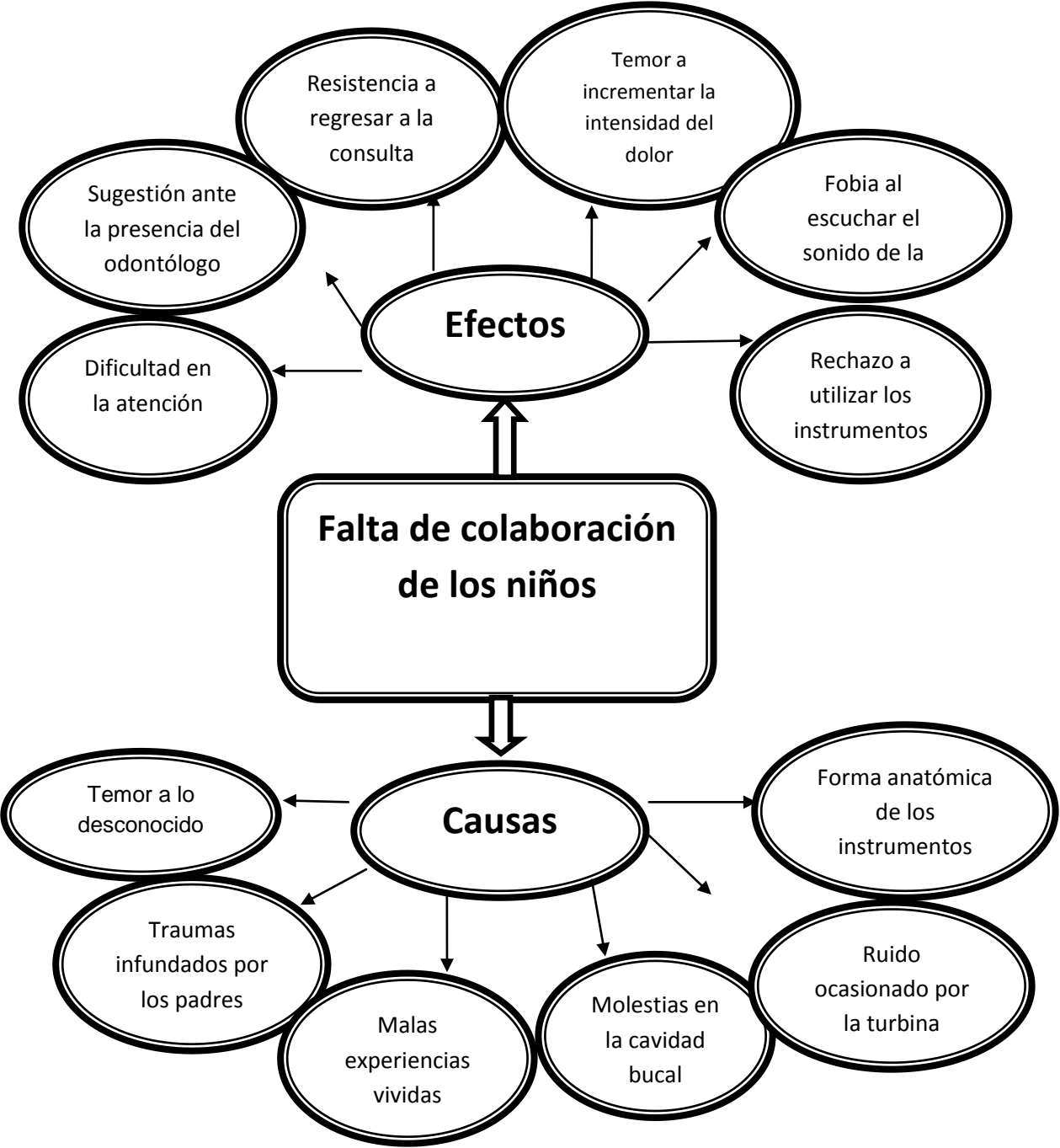
Esta dada por la colaboración de las autoridades del área de salud #1, y sobre todo la disposición de ejecutar el proyecto. Por otra parte los odontólogos tratantes participaran activamente en el desarrollo de la propuesta.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto no representa gastos debido a que la institución cuenta con el espacio físico y el recurso tecnológico necesario para la realización de los talleres, en cuanto a los conferencistas pueden ser solicitados a la Dirección de Salud; puesto que son unidades operativas que pertenecen Área de Salud N°1 al igual que la solicitud de Psicólogos que podrían ser proporcionados por la universidad Técnica de Manabí.

ANEXOS 1

ARBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO																											
	SEPT.2009				OCT.2009				NOV.2009				DIC.2009				ENE.2009				FEB.2009							
Diseño de proyecto de tesis	X	X	X	X																								
Aprobación del proyecto					X																							
Desarrollo del Marco Teórico						X	X	X																				
Aplicación de los Instrumentos									X	X																		
Tabulación de los Resultados											X	X																
Elaboración de Conclusiones													X															
Diseño de la Propuesta														X	X													
Redacción del Borrador del Informe																X	X											
Corrección del Borrador del Informe																		X	X	X								
Presentación del Informe Final																					X							
Defensa del Informe Final																						X	X					

Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE	COSTO	COSTO	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
		MEDIDA	UNITARIO	TOTAL	AUTOGESTION	AP. INSTITUCIONAL
PAPEL	3	Resmas	4.5	13.50	13.50	
FOTOCOPIAS	10.000	Unidad	0.03	30	30	
TINTA PARA IMPRESIÓN	4	Toner	20	72	72	
INTERNET	4	Hora	1	100	100	
EMPASTADO	4	Unidad	5	15.00	15.00	
ANILLADO	3	Unidad	1.6	4.80	4.80	
DIGITACION	500	Paginas	0.30	150	150	
VIATICOS	18	Diarios	10	180	180	
TOTAL.	10.014		36	565.30	565.30	

ANEXOS 2



“UNIDAD ACADEMICA DE SALUD”



“CARRERA DE ODONTOLOGIA”

ENCUESTA DIRIGIDA A NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUB BUCAL ESCOLAR DE LAS UNIDADES OPERATIVAS URBANAS DEL AREA DE SALUD N°1

Autoras: Miranda Angélica-Granizo Daniela

INDICACIONES:

-La presente investigación es una tesis de grado de odontólogos, por lo tanto se trata de un trabajo serio que requiere de respuestas acertadas.

- Marque con una x dentro del paréntesis de la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que responda a todas las preguntas.

- Desde ya le agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES:

Edad:..... Sexo: Masculino
Femenino

Curso

CONTENIDO DE LA ENCUESTA:

1. CON QUIEN VIVES?

a.-Con tus padres b.-Con tus abuelitos
c.-Con tus tíos d.-Otros

2. COMO SE PORTA CONTIGO TU FAMILIA?

a.-Te dan mucho amor
b.-Se enojan muy seguido contigo
c.-No te prestan atención
d.-No sabe

3.¿HAS CONVERSADO CON TUS PADRES DEL DENTISTA?

a.- Si b.- No

4. ¿QUÉ TE DICEN TUS PADRES DEL DENTISTA

a.- Que te va a sacar un diente
b.- Que te va a poner un inyección
c.- Que te va a curar los dientes
d.- Que sólo te va a revisar
c.- Nada

5. ¿QUÉ HAS ESCUCHADO HABLAR DE LOS DENTISTAS?

a.- Que hacen doler
b.- Que cuidan tus dientes para que no tengan caries
c.- Que ponen inyección
d.- Ninguna de las anteriores

6¿EN EL CONSULTORIO DE TU DENTISTA HAS VISTO DIBUJOS QUE TE INDIQUEN EL TRATAMIENTO?

a.- Si b.-No c.-No sabe

7.- ¿CUAL FUE LA RAZON DE TU VISITA AL DENTISTA?

a.-Te cepillo los dientes
b.-Te saco una muelita
c.- Te curo un diente

8.- ¿TU DENTISTA TE EXPLICA LO QUE TE VA A HACER?

a.- Siempre b.- Nunca c.- No te acuerdas

9.- ¿COMO TE PARECE LA FORMA EN QUE TE ATENDIO EL ODONTOLOGO?

a.-Agradable b.- Desagradable

10. REGRESARIAS OTRO DIA PARA QUE TE SIGA ATENDIENDO?

a.- Si b.- No



“UNIDAD ACADEMICA DE SALUD”



“CARRERA DE ODONTOLOGIA”

ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE SALUB BUCAL ESCOLAR DE LAS UNIDADES OPERATIVAS URBANAS DEL AREA DE SALUD Nº1

Autoras: Miranda Angélica-Granizo Daniela

INDICACIONES:

-La presente investigación es una tesis de grado de odontólogos, por lo tanto se trata de un trabajo serio que requiere de respuestas acertadas.

- Marque con una x dentro del paréntesis de la alternativa que corresponda según su criterio. Le pedimos de favor que responda a todas las preguntas.

- Desde ya le agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES:

Edad:..... Sexo: Masculino
Femenino

CONTENIDO DE LA ENCUESTA:

1. ¿A QUÉ EDAD LLEVO POR PRIMERA VEZ A SU NIÑO A LA CONSULTA?

a.- 4-6 b.- 7-9 c.- 10-12

2. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE LA PRIMERA CONSULTA AL DENTISTA?

a.- Por prevención b.-Por tratamiento

3. ¿CUAL FUE EL PRIMER TRATAMIENTO QUE LE REALIZARON A SU NIÑO?

a.-Limpieza c.-Extracciones

b.-Curaciones

4. ¿CÓMO REACCIONO EL NIÑO ANTE EL TRATAMIENTO REALIZADO?

a.-Con miedo b.-Con llanto

c.-Con agresividad d.-Con aceptación

5. ¿COMO ES EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN SU CASA?

a.-Inquieto b.-Sumiso c.-Obediente

d.-Desobediente e.-Amistoso

f.-Pelea con otros niños

6.- SEGÚN EL ORDEN DE NACIMIENTO QUE LUGAR OCUPA SU NIÑO ENTRE SUS HERMANOS

a.-Es hijo único

b.-Es el mayor de sus hermanos

c.-Es el segundo de sus hermanos

d.-Es el menor de sus hermanos

7. ¿UTILIZA ALGUNA DE ESTAS FORMAS DE INTIMIDACIÓN PARA CON SU NIÑO?

a.-Si no te lavas los dientes te llevo al dentista para que te los saquen

b.-Si comes muchos dulces se te dañan los dientes y tienen que sacártelos

c.-Si te portas mal te llevo al dentista para que te ponga una inyección

8. ¿CADA CUANTO TIEMPO LLEVA A SU HIJO AL DENTISTA?

a.-Una vez al año b.- Dos veces al año

c.-Nunca



“UNIDAD ACADEMICA DE SALUD”



“CARRERA DE ODONTOLOGIA”

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ODONTOLOGOS DEL PROGRAMA DE SALUB BUCAL ESCOLAR DE LAS UNIDADES OPERATIVAS URBANAS DEL AREA DE SALUD Nº1

Autoras: Miranda Angélica-Granizo Daniela

DATOS GENERALES:

Edad:..... Sexo: Masculino
Femenino

Curso

CONTENIDO DE LA ENCUESTA:

1.- ¿TIENE DIFICULTAD EN LA ATENCIÓN CON NIÑOS?

a.-Si b.- No c.-A veces

2. ¿CÓMO REACCIONA EMOCIONALMENTE ANTE LA PRESENCIA DE UN NIÑO?

a.- Alegre b. Contrariado
c.-No le afecta en su estado emocional

3. ¿PREFIERE LA ATENCIÓN A ADULTOS QUE A NIÑOS?

a.-Si b.- No c.- Es igual

4. ¿CÓMO DESCRIBE LA ATENCION DE UN NIÑO EN LA CONSULTA?

a.- Fácil
b.-Complicada
c.-Como cualquier atención

5. ¿QUE TIPO DE APOYO LE BRINDA SU AUXILIAR EN LA ATENCIÓN A NIÑOS?

a.-Solo llena fichas clínicas
b.-Motiva a los niños para que acepten el tratamiento
c.-Los intimida para que acepten el tratamiento
d.-Los sostiene para atenderlos forzados

6. ¿CUÁL CREE USTED ES LA PRINCIPAL RAZÓN DEL COMPORTAMIENTO NEGATIVO DEL NIÑO?

a.-Miedo b.-Mal comportado
c.-Sobrepotejado d.-No sabe

7.-¿EN EL CASO DE UN NIÑO QUE LLEGA POR PRIMERA VEZ A SU CONSULTA CUÁL DE ESTAS TÉCNICAS DE ATENCIÓN UTILIZA?

a.-Control mediante la voz
b.-Modelamiento
c.-Desensibilización
d.-Reforzamiento positivo
e.-Técnica de 4 manos
f.-Otras

8.-¿DESPUÉS DE UTILIZADA SU TÉCNICA EL NIÑO RESPONDE FAVORABLE?

- a.-Si
- b.-No
- c.- A veces

9.-¿EN EL CASO DE UN NIÑO EN EL QUE CONOZCA QUE TUVO UNA EXPERIENCIA ANTERIOR TRAUMATICA CUAL DE ESTAS TECNICAS DE ATENCION UTILIZA?

- a.-Control mediante la voz
- b.-Modelamiento
- c.-Desensibilización
- d.-Reforzamiento positivo
- f.-Técnica de 4 manos
- g.-Otras

10.- ¿DESPUÉS DE UTILIZADA SU TÉCNICA EL NIÑO RESPONDE FAVORABLE?

- a.-Si
- b.-No
- c.- A veces

11.-¿EN EL CASO DE UN NIÑO QUE ENTRA A SU CONSULTA CON UNA CRISIS NERVIOSA CUAL DE ESTAS TECNICAS DE ATENCION UTILIZA?

- a.-Control mediante la voz
- b.-Modelamiento
- c.-Desensibilización
- d.-Reforzamiento positivo
- e.-Técnica de 4 manos
- f.-Otras

12.- ¿DESPUÉS DE UTILIZADA SU TÉCNICA EL NIÑO RESPONDE FAVORABLE?

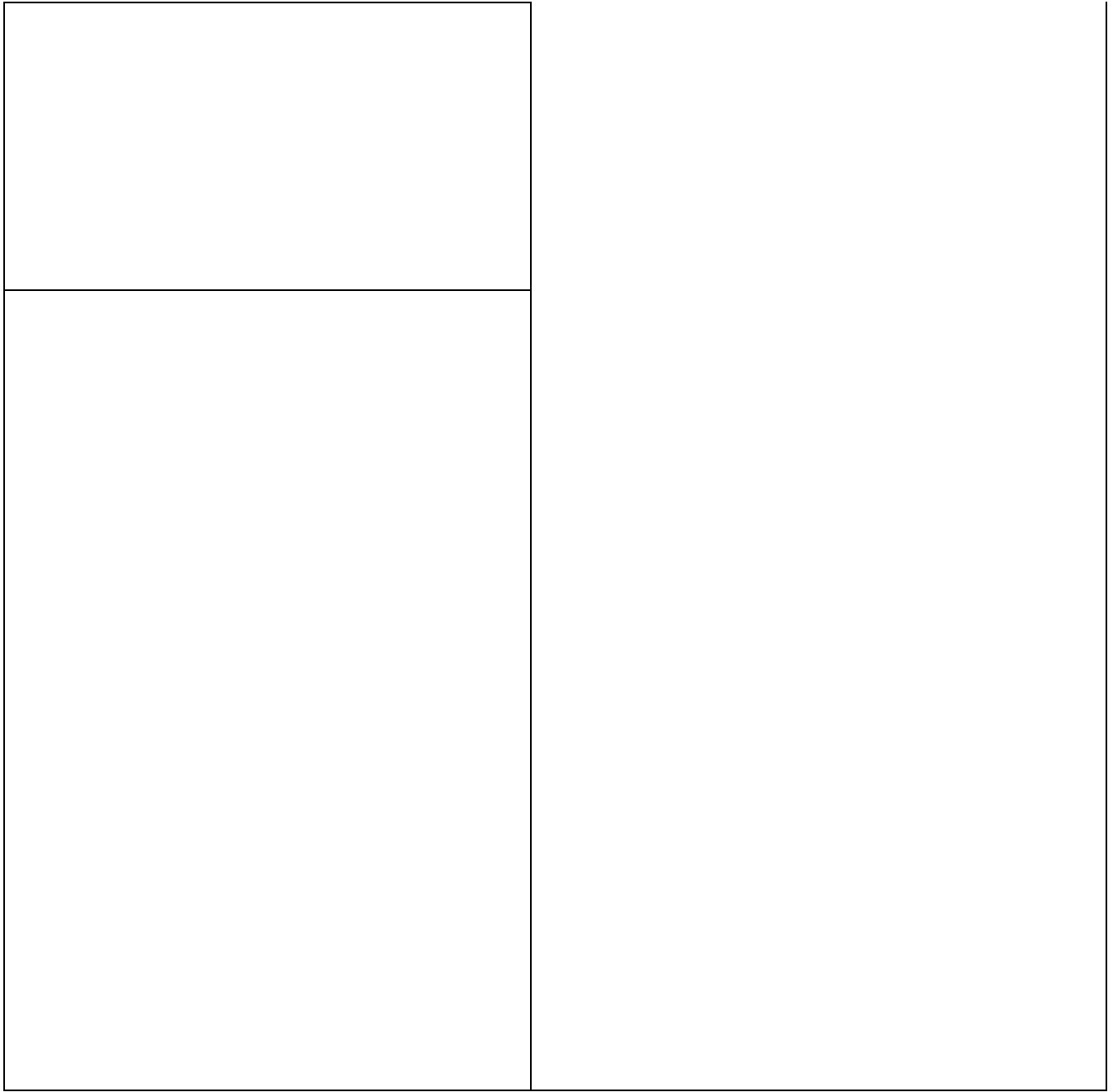
- a.-Si
- b.-No
- c.-A veces

13.- ¿QUÉ SEXO CONSIDERA USTED ES MAS COLABORADOR?

- a.-Los niños
- b.- Las niñas
- c.- No lo ha notado

14.- ¿QUÉ EDAD CONSIDERA ES MÁS DIFÍCIL DE CONTROLAR?

- a.-Preescolares
- b.-Escolares
- c.-Adolescentes





**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

Registro de observación sobre:
Estrategias en la atención odontológica y el comportamiento de los niños atendidos
en el programa de salud bucal escolar de las unidades operativas urbanas del Área de Salud #1

AUTORAS: MIRANDA ANGÉLICA – GRANIZO DANIELA

UNIDAD OPERATIVA #..... FECHA.....

PACIENTE	COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS							TECNICA UTILIZADA POR EL ODONTOLOGO								RESPUESTA OBTENIDA	
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2

COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS	TECNICAS	RESPUESTA OBTENIDA
1.- COOPERADOR 2.- FALTA DE CAPACIDAD DE COOPERACION <u>COOPERADORES POTENCIALES</u> 3.- CONDUCTA INCONTROLADA 4.- CONDUCTA DESAFIANTE 5.- RESISTENCIA PASIVA 6.-TIMIDEZ 7.- COOPERADOR TENSO	1.- CONTROL MEDIANTE LA VOZ 2.- MODELAMIENTO 3.- DESENSIBILIZACION 4.- REFORZAMIENTO POSITIVO 5.- TECNICA DE 4 MANOS 6.- DECIR, MOSTRAR, HACER 7.- DISTRACCION 8.- OTRAS	1.- COLABORÓ 2.-NO COLABORÓ

ANEXOS 3

REGISTRO DE OBSERVACION DURANTE LA REALIZACION DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR



Odontóloga durante la realización del Programa de Salud Bucal



Niña de sexto año de básica durante la atención del programa de salud bucal escolar

ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PADRES DE LOS NIÑOS DEL PROGRAMA ESCOLAR



Aplicación de las encuestas a los padres de los niños del programa de salud bucal



Aplicación de las encuestas a los padres de los niños del programa de salud bucal

ENCUESTAS REALIZADAS A LOS NIÑOS DEL PROGRAMA ESCOLAR

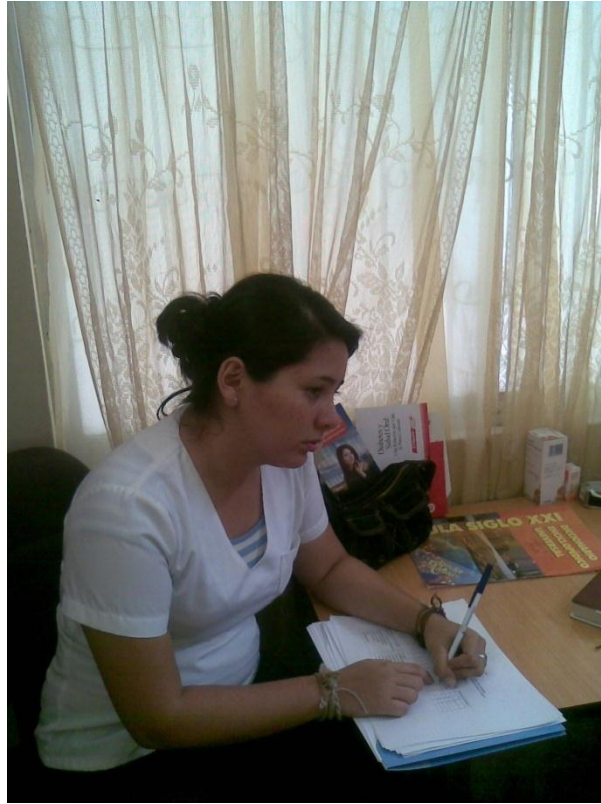


Aplicación de las encuestas a los niños del programa de salud bucal



Aplicación de las encuestas a los niños del programa de salud bucal

DURANTE LA REALIZACIÓN DEL REGISTRO DE OBSERVACIÓN



Investigadora durante la realización del registro de observación



Investigadora durante la realización del registro de observación