



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

**CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE 3er AÑO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO,
SOBRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA, EN EL PERÍODO 2004 – 2005.**

Marzo, 2005



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

**CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE 3er AÑO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO,
SOBRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA, EN EL PERÍODO 2004 – 2005.**

Autores: Elimar Peña
Eddy Raas
Tutor: Carlos Sierra

Marzo, 2005

INDICE

CARTA DE APROBACIÓN.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	viii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de la Investigación	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
Justificación	9
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes	11
Bases Teóricas	17
Sistema de Variables.....	44
Definición de Términos.....	45
Cuadro de Operacionalización de Variable.....	47
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Investigación	48

Diseño de la Investigación	48
Población y Muestra	49
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	50
Validez y Confiabilidad	50
Procesamiento y análisis de los datos	51
CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS	66



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Facultad de Odontología
Dpto. Formación Integral del Hombre

CARTA DE APROBACIÓN

En carácter de tutor (es) del trabajo final de Investigación
Titulado _____

Presentado por los (as) bachiller (es):
_____ , considero

que dicho trabajo de Investigación reúne los requisitos y méritos
suficientes para ser aprobado y sometido a presentación pública
y evaluación.

En la ciudad de Valencia, a los ___ días del mes de ___ de ___.

TUTOR DE CONTENIDO

TUTOR METODOLÓGICO

DEDICATORIA

A DIOS que ha sido mi fortaleza durante toda mi vida y mi carrera, que siempre llena mi vida de luz y esperanza, y me ayuda a seguir adelante.

A mis padres Maritza Bron y José Peña, que me dieron la vida, gracias por el apoyo incondicional, el esfuerzo, la paciencia, el cariño, el sacrificio, los consejos,.... Gracias infinita. A quienes les dedicó muy especialmente éste logro.

A mis Hermanos José y Edgardo por ser ejemplo y admiración por sus logros, por el apoyo durante toda mi vida y carrera, gracias por estar siempre allí cuando más los necesito.

A mi sobrina Jetanjaly “Jinji” que con sus cosas y ocurrencias cada día me alegran la vida. Que ésta meta sirva de ejemplo para ella y para mis futuros sobrinos.

A mis familiares; abuelos, abuelas, tíos, tías, primos, primas, Por creer en mí y por el apoyo incondicional. Este logro lo dedico muy especialmente a mi tío José A. Santana, a mi tía Nelly Peña, Ylia y Marlene Brown, por su apoyo y porque siempre estuvieron allí cuando más los necesite a lo largo de mi carrera..

A mis amigos de toda la vida Maira, Anabet y Millán, gracias por estar siempre a mi lado ayudándome a vencer obstáculos y por creer en mí.

A mi compañero de tesis Eddy Raas por su paciencia, colaboración y dedicación a este sueño que hoy se ha hecho realidad.

A mis queridos e inolvidables compañeros de carrera; Carol, Yoli, Vero, Jacquelyn, Blasmir, Arelys, Laura, Zerimar, Rafael, Diana, Anamaría, Yossy, Antonella, Isariel, Jesny, Yenifer,....vivimos momentos inolvidables, tanto alegres como triste, pero todo valió la pena.

A Mariela, Luzmar, Lilian y Moyra, que más que unas compañeras de estudio, han sido mis amigas y considero mis hermanas, de todo corazón agradezco tantas cosas y momentos que jamás podré olvidar, gracias por el apoyo incondicional. AMIGAS, LO LOGRAMOS!!!!!!

Elimar Peña

DEDICATORIA

A DIOS sobre todas las cosas por darme el don de la vida permitirme vivir ésta experiencia, Gracias Dios .

A mis padres María Raas y Manuel Meza, y muy en especial a mi madre por ser mi inspiración, por su valiosa e incondicional apoyo, mamá este triunfo es también tuyo. Gracias los quiero mucho.

A mis Hermanos y Hermanas, por su cooperación, comprensión, apoyo y por siempre estar a mi lado, sin su compañía no lo hubiese logrado.

A mi sobrina Michell Alejandra que siempre me alegra la vida con sus travesuras.

A todo el resto de mis familiares ; tíos, tías, primos, sobrinos por ser parte de mi vida.

A Karen Ríos y su madre Margot Ríos, por ser unas personas especiales en mi vida que me acompañaron a lo largo de mi carrera y me apoyaron éste éxito también es de Ustedes.

A mi compañera de tesis Elimar Peña por ayudarme y estar junto a mí, juntos logramos este sueño. Gracias Eli.

A mis amigos, amigas y compañeros de clase que siempre han estado a mi lado y apoyándome. En especial a Enzo Piña, Gabriela Ortiz, Zerimar Ramírez y Laura Portocarrero.

Eddy Raas

AGRADECIMIENTOS

A DIOS todopoderoso, por darnos la vida y ayudarnos a lograr ésta meta.

A la Universidad de Carabobo, por ser nuestra casa de estudio quien nos ofreció ésta oportunidad y hoy al fin la hemos logrado.

A todos los Estudiantes del 3er año de Odontología de la Universidad de Carabobo por su receptividad, paciencia y colaboración para la elaboración de ésta investigación.

Al Tutor de Metodología Carlos Sierra por su apoyo, conocimientos, disponibilidad y sobre todo su paciencia.

A Profesor Jorge Oliveros por toda su colaboración, conocimientos transmitidos y su receptividad.

A todos los familiares amigos compañeros de clase que nos apoyaron para lograr ésta meta.

A todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron y apoyaron al logro de esta meta. Gracias a todos.

A ti que de una u otra forma nos ayuda y apoyas para seguir ésta investigación.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

**CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LOS ESTUDIANTES DE 3er AÑO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO,
SOBRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA,
EN EL PERÍODO 2004 – 2005.**

Autores: Br. Elimar J. Peña B.
Br. Eddy J. Raas

Tutor: Prof. Carlos Sierra

Marzo, 2005

RESUMEN

El propósito fundamental de ésta investigación, fue evaluar el conocimiento que posee los estudiantes del 3er año de Odontología sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, ya que mediante éstas técnicas se logra y mantiene la colaboración del niño al tratamiento, a través de un proceso de enseñanza–aprendizaje, promoviendo en el niño una actitud positiva hacia la odontología. El tipo de investigación que se empleó fue descriptiva, y el diseño fue un estudio de campo, no experimental transeccional, en donde se utilizó una población de 180 estudiantes, de los cuales se tomó una muestra al azar simple del 30% de la población, lo que equivale a 54 alumnos, a los cuales se les aplicó una prueba objetiva. El niño como un ente bio-psico-social es de obligación reconocerle su derecho de protección física, intelectual y moral. El Estudiante-Odontólogo debe lograr la colaboración posible del niño para el éxito en el tratamiento odontológico. En la mayoría de los casos esto se logra a través de un abordaje psicológico aplicado con conciencia, honestidad, ética y criterio. Esta Investigación arrojó como resultado que: El estudiante de 3er año de Odontología domina sólo algunas (69%) técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, y por otra parte que en la carrera de Odontología de la Universidad de Carabobo, es necesario anexar Cátedras de Psicología (78%) para el conocimiento de las conductas y procedimientos de adaptación del niño a la consulta odontológica.

INTRODUCCIÓN

El estudiante de 3er año de Odontología, como futuro Odontólogo del nuevo milenio, debe conocer y dominar las técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, para así lograr una relación favorable estudiante – niño. En la Universidad de Carabobo se encuentra la Facultad de Odontología, la cual se distingue de su perfil hacia la Odontopediatría, ya que la atención destinada a estos pequeños pacientes se encuentran enmarcada en el Departamento de Atención Integral al Niño y Adolescentes, compuesta por tres grandes clínicas (Odontopediatría I, II y III), las cuales se dividen de acuerdo al grado de complejidad de atención de salud bucal que el paciente presente y necesite en el momento que acude a la consulta. Odontopediatría I, ésta asignatura se cursa a partir de 3er año de la carrera, por lo tanto, el estudiante tiene su primer contacto con un niño es a este nivel, empezando a conocer los distintos tipos de pacientes-niño que acuden a esta área, conociendo las diferentes conductas y actitudes que estos presentan al momento de la consulta.

El estudiante de odontología se encuentra muchas veces en un dilema, de cómo tratar psicológicamente a cada uno de los niños, sin que se vea afectado su rendimiento práctico académico, esto motivado a que los estudiantes y odontólogos de poca experiencia o recién graduado, se le hace difícil adaptar a un niño a la consulta odontológica, ya que siente el temor al atender a este tipo de pacientes, ya sea por la inseguridad, desconocimiento e inexperiencia que presentan al momento del empleo de las diversas técnicas de adaptación, también puede darse por alguna decepción del estudiante por experiencias no agradables vividas al atender un niño no cooperador, o en aquellos niños que su primera consulta fue traumática para él, así quedando secuelas psicológicas negativas, todo esto afectando la relación estudiante-niño, además, puede estar relacionado la falta de comunicación y buena relación con los padres de este tipo de paciente. Evidentemente, que el resultado será el

establecimiento de una adecuada relación odontólogo-niño-padres, el desarrollo de auto control y la madurez emocional del niño no solo para afrontar la situación odontológica, sino para manejar otras situaciones similares de la vida cotidiana, y la formación de un buen paciente adulto, sin miedos ni fobias odontológicas, promotor preventivo de su salud bucal. El éxito del tratamiento odontológico en el niño depende no sólo de la destreza técnica del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del niño. Es por ello, que se plantea los conocimientos que poseen los estudiantes de 3er año de la Facultad de Odontología de la Universidad Carabobo sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, en el periodo académico 2004-2005, para así evitar posible fallas en el momento de tratamiento con el niño.

El presente trabajo está constituido por cuatro capítulos. El primero, titulado el problema, describe la situación actual y deseado, las razones que justifican la investigación, el objetivo general y los específicos. El segundo capítulo, titulado marco teórico, se exponen los antecedentes y fundamentos teóricos. En el tercer capítulo, se presenta la metodología empleada para el logro de cada uno de los objetivos específicos. En el cuarto capítulo se colocó la presentación y análisis de los resultados, y por último se muestran las conclusiones, recomendaciones y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El niño como un ente bio-psico-social, es de obligación reconocerle su derecho de protección física, intelectual y moral, por lo que determina la exigencia del respeto de ciertas normas en cuanto al trato a los niños, por parte de todas aquellas personas que trabajan con ellos, como maestros, profesores, padres y profesionales de la salud, entre los cuales se encuentra el odontólogo. El cual deberá lograr la colaboración posible del niño para el éxito en el tratamiento odontológico. En la mayoría de los casos esto puede lograrse a través de un abordaje psicológico aplicado con conciencia, honestidad, ética y criterio.

Siempre se han investigado y estudiado este tema a nivel mundial, todo por buscar las soluciones para la mejor adaptación del niño a la consulta odontológica. Es por todo esto, que cada vez se crean técnicas nuevas o modifican y mejoran las que ya están, ejemplo de este esfuerzo es el artículo publicado en la Revista de la Academia Colombiana de Odontología Pediátrica (Vol 1, N°1), por López (1997), quien expresa en un trabajo titulado: Manejo del paciente pediátrico bajo sedación interactiva, ella comenta que en la práctica odontológica pediátrica vemos la importancia de tener una técnica alternativa para el manejo del niño aprensivo y poco colaborador.” que por medio de esta técnica se puede disminuir los niveles de ansiedad y proporcionar cierto grado de tranquilidad que ayudará en el proceso de adaptación del niño ante la consulta odontológica.

En este orden de idea, Chambers (1977), denominó los modos disponibles para que los odontólogos sean capaces de manejar a los niños mediante una

“Abundancia de recursos a elegir”. El plantea el reto siguiente: “Si les dijera que hay un cocodrilo en la sala de espera y que pagaría un millón de dólares a quien obturase uno de los dientes del animal (y convencidos de que les digo la verdad), ¡ENCONTRARÍAN LA MANERA DE HACERLO!”.

En Venezuela, El profesor de la cátedra de Odontología Pediátrica, de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Carrasco (2002), manifestó que a medida que se le explica al infante todo lo que se le va hacer en un lenguaje sencillo, utilizando sus mismas palabras, estableciendo un ambiente de confianza entre los dos, se logra un paciente colaborador que es en realidad lo que se necesita para poder tener éxito en el tratamiento.

Por su parte, Figueroa (1996), define a la técnica de adaptación de un niño a la consulta odontológica como “lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje, por el cual se adquiere valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la odontología” (p.20).

Los estudiantes y odontólogos de poca experiencia o recién graduado, se le hace difícil adaptar a un niño a la consulta odontológica, ya que siente el temor al atender a este tipo de pacientes, ya sea por la inseguridad, desconocimiento e inexperiencia que presentan al momento del empleo de las diversas técnicas de adaptación, también puede darse por alguna decepción del estudiante por experiencias no agradables vividas al atender un niño no cooperador, o en aquellos niños que su primera consulta fue traumática para él, así quedando secuelas psicológicas negativas, todo esto afectando la relación estudiante- niño, además, puede estar relacionado la falta de comunicación y buena relación con los padres de este tipo de paciente. Evidentemente, que el resultado será el establecimiento de una adecuada relación odontólogo-niño-padres, el desarrollo de auto control y la madurez emocional del niño no solo para afrontar la situación odontológica, sino para manejar otras situaciones similares de la vida cotidiana, y la formación de un buen paciente adulto, sin miedos ni fobias odontológicas, promotor preventivo de su salud bucal. El éxito del tratamiento odontológico en el niño depende no sólo de la destreza técnica del

odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del niño. Es por ello, que se llega a las técnicas de adaptación del niño a la consulta.

En el Estado Carabobo, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, se distingue de su perfil hacia la Odontopediatría, ya que la atención destinada a estos pequeños pacientes se encuentran enmarcada en el Departamento de Atención Integral al Niño y Adolescentes, compuesta por tres grandes clínicas (Odontopediatría I, II y III), las cuales se dividen de acuerdo al grado de complejidad de atención de salud bucal que el paciente presente y necesite en el momento que acude a la consulta. Odontopediatría I, ésta asignatura se cursa a partir de 3er año de la carrera, por lo tanto, el estudiante tiene su primer contacto con un niño es a este nivel.

De allí pues, el estudiante de 3er año de Odontología empieza a conocer los distintos tipos de pacientes-niño que acuden al área de Odontopediatría I, se encuentran con las diferentes conductas y actitudes que estos presentan al momento de la consulta. Encontrándose en un dilema de cómo tratar psicológicamente a cada uno de ellos, sin que se vea afectado su rendimiento práctico académico.

A este estudiante, se le exige un paciente principal comprendido entre los 6 a 9 años de edad, el cual debe sanear durante todo el año, y un paciente complementario que irá saneando conjuntamente con el principal, todo esto sin saber si los pacientes que trataran sean o no cooperadores. Por consiguiente, estos dos pacientes se deben adaptar a la consulta, pues con ellos durarán todo un año académico, se les debe aplicar técnicas efectivas para mantenerlos constantes en la consulta y cumplan su tratamiento odontológico, proporcionándoles un beneficio a ellos y al estudiante del 3er año de Odontología.

En este afán, de mantener al niño durante ese tiempo, el estudiante algunas veces utiliza algunas técnicas para lograr la permanencia de esos niños, que si existen, pero son aplicadas de mala manera, como recurrir a recursos como regalo (soborno) para que el niño tenga una conducta positiva al momento de la consulta, por lo cual malacostumbra al niño, y éste se entusiasma en acudir por el regalo y no por la importancia de su salud bucal, y cada vez que acuda se le tendría que tener un regalo,

cayendo el estudiante en una manipulación constante, por temor de perder el paciente-niño y pueda ser aplazado en la materia. Por esta razón, el estudiante debe conocer y dominar las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, y también, dependerá de esa primera consulta y de la empatía que tenga el niño y los padres.

El problema se le agrava al estudiante cuando el niño en alguna cita odontológica ha sufrido alguna experiencia no muy agradable que afecte de manera directa la forma de ver el niño al estudiante de odontología, dañando esa relación estudiante-niño. Por otra parte, existen otras variables que afectan la conducta del niño en la consulta odontológica, entre ellas se tienen los efectos de los temores subjetivos, que son transmitidos por padres u otros familiares allegados al niño, que tuvieron experiencia negativas a la consulta odontológica, otro factor sería que el niño esté asustado por experiencias médicas previas (hospital).

De seguir este problema, como ha sido hasta ahora, llegará a que cada año irán pasando de año con esa falla hasta convertirse en Odontólogos, donde allá afuera no tendrán la supervisión ni ayuda de los Profesores para adaptar el niño a la consulta, ya tendrán que hacerlo solos, ocasionando, menos eficacia y eficiencia por parte del Odontólogo al momento del tratamiento del niño, produciéndose temor y ansiedad en el niño. El Odontólogo cada vez que se enfrente a este tipo de paciente, creará frustración en ambas partes, y por lo tanto, se verá comprometido el prestigio, capacidad y profesionalismo del estudiante – Odontólogo.

Es por todo esto, que se debe abordar este problema, y buscar soluciones a corto y mediano plazo. Se puede pensar, en impartir conocimientos y aplicación más a fondo sobre las variedades de técnicas de adaptación por parte del profesor. También, en una reforma en el pensum de estudio de la carrera, agregando materia como Psicología evolutiva, general y traumática, preparándolos para enfrentar y abordar las diversas conductas que presenten estos niños a la consulta odontológica, que mayormente son negativas. Por parte de los Profesores, exigir más a los estudiantes el conocimiento de estas técnicas, para luego, obligarlos a ponerlas en práctica, para reforzar ese conocimiento y no tengan problemas en años superiores.

En cuanto a los padres de estos niños, se le deben de impartir charlas, para explicarles la importancia de la salud bucal, decirles que no transmitan ese miedo o fobia al niño, ya sea por experiencias negativas vividas por ellos. Aplicar otros temas de interés, educativos y preventivos, todo sea por el bienestar del niño. Muchas veces hay que tener una conversación previa con los padres, para que ellos ayuden a que la futura visita al odontólogo sea lo menos traumática posible. Muchos padres utilizan expresiones como: *te voy a llevar al odontólogo si no te portas bien, o le voy a decir al doctor que te inyecte si no te portas bien*, son expresiones de castigo que hacen más difícil el tratamiento, pues el niño va predispuesto y al momento de entrar al consultorio va a ser traumático. Es por todo lo antes expuesto que se quizó investigar sobre el conocimiento que poseen los estudiantes del 3er año de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Carabobo en el período académico 2004 – 2005.

Por ultimo, se plantea entonces el problema: ¿Esta el estudiante del 3er año de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Carabobo en plena capacidad de adaptar a un niño a la consulta odontológica?, ¿Posee los conocimientos necesarios para adaptar a un niño de conducta positiva o negativa, y en caso de esta modificarla a positiva?, en fin, ¿Qué tanto conoce el estudiante del 3er año de Odontología sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica en el período académico 2004-2005?.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar los conocimientos que poseen los estudiantes de 3er año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, en el período 2004 – 2005.

Objetivos Específicos

- ✓ Determinar el dominio que poseen los estudiantes de 3er año en la aplicación de las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.
- ✓ Determinar las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, conocidas y empleada por los estudiantes investigados.
- ✓ Demostrar que en la carrera de odontología se necesita de cátedras de Psicología para la atención del niño, de acuerdo a la opinión de los estudiantes seleccionados en la muestra.
- ✓ Determinar la experiencia positiva y negativa obtenida por parte del estudiante de 3er año, en cuanto al empleo correcto de las técnicas de adaptación en la consulta odontológica.

Justificación

El estudiante de 3er año de Odontología, como futuro Odontólogo del nuevo milenio, debe conocer y dominar las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, permitiendo así, establecer una relación favorable estudiante – niño. Quizás estos estudiantes y Odontólogos jóvenes, se sientan desalentado por la ansiedad e inseguridad que experimentan cuando algunos niños comienzan a mostrar conductas nada positiva, es de aquí la importancia del conocimiento y dominio de las diversas técnicas de adaptación, para que se pongan en práctica efectivamente en el área clínica, y así utilizar el abordaje correcto a las diferentes conducta que presente estos niño al momento de la consulta odontológica.

Desde que se crearon estas técnicas de adaptación han sido y serán de gran ayuda para el Odontólogo y estudiante en la tratamiento a niños en la consulta, siempre logrando la relación Odontólogo-Niño-Padre, creando un triángulo odontopediátrico que va a depender uno del otro para su buen funcionamiento.

Esta investigación constituye un aporte al campo de la Odontología, beneficiando a los estudiantes de esta carrera, permitiéndose evaluar de cuanto conocimiento poseen en técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, y así poner de su parte por conocerlas, dominarlas y aplicarlas a cada paciente que se les pudo presentar en el transcurso de su estudio de la carrera. Del mismo modo, también sirve de aporte a los Profesores que allí imparten clase y que día a día siempre hacen uso de las diversas técnicas de adaptación, y permitiéndole conocer que fallas y habilidades presentan estos estudiantes, realizando actividades cada días más para que el estudiante del 3er año refuercen sus debilidades en conocimientos de técnicas de adaptación a la consulta odontológica, para que en años superiores no continúe con la misma problemática.

La importancia de esta investigación, es evaluar en todos los aspectos qué tanto conocen los estudiantes del 3er año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en cuanto a las diversas técnicas para abordar y adaptar al niño a la consulta odontológica, para que este estudiante logre realizar sus actividades

o requisitos y un tratamiento sin traumas psicológicos al niño, permitiéndose ser más eficiente y eficaz.

Finalmente, servirá como base de orientación e información a otras investigaciones de tópico similares realizada por estudiantes de pre-grado, post-grado y profesionales de la salud bucal.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Los doctores **Vega y Soto (1999)**, realizan un trabajo titulado Anestesia General en Odontopediatría, como alternativa en aquellos niños esto no es posible obtener un adecuado proceso de adaptación, en el mismo no se menciona que tipo de investigación fue realizada ni tampoco que metodología fue empleada. Los doctores hablan que el odontopediatra cuenta con diferentes recursos para lograr la cooperación del niño. Entre ellos, la restricción física, el manejo conductual, la sedación y la anestesia general, sin embargo, algunos de estos métodos al ser aplicados pueden producir respuestas contraproducentes. Así, la anestesia general es una técnica de gran ayuda para el tratamiento buco-dental en pacientes que por diversos motivos no puedan ser atendidos con anestesia local. Alegan que Este método resulta muy beneficioso; para tratar niños con: 1_.Afecciones odontológicas severas que presenten deficiencias mentales, discapacidad física ó enfermedades médicas-odontológicas; 2_.Afecciones odontológicas severas en pacientes de cualquier edad que presenten resistencia a todo abordaje convencional; 3_.Severos traumas orofaciales para poder realizar dicho tratamiento es fundamental que el odontopediatra quien realice ésta práctica conozca a fondo el tema, que comprende entre otros, el manejo del niño, los procedimientos para el internamiento, la intervención quirúrgica; la salida, control postoperatorio, planta física, facilidades de equipo, asepsia y costos para poder brindar este servicio al niño que así lo requiera, contando con la aprobación de los padres y con el conocimiento idóneo. Concluyen que es un tratamiento exitoso si se hace tomando las medidas necesarias, así puede dársele la oportunidad de recibir tratamiento odontológico completo a aquellos niños

en los que no es posible lograr la adaptación por medio de las técnicas convencionales para el logro del mismo.

Posteriormente, **Giunta y Gómez (2001)**, en su proyecto de Adaptación del niño a la consulta odontológica, bajo un tipo de investigación documental, cuyo objetivo general fue: Analizar los principales factores y técnicas que intervienen en la adaptación del niño a la consulta odontológica. Concluyeron que: a) la conducta y desenvolvimiento de los niños en la consulta odontológica no sólo se ve influenciado por los padres, sino también por el resto de los miembros del grupo familiar, las respuestas culturales con las que un grupo satisface sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, b) la adaptación es un proceso mediante el cual se adquieren valores, conocimientos y actitudes, lo que conlleva a cambios en la estructura y en la función, que van a permitir que el individuo se acomode al medio ambiente y a los cambios de este, y c) que la clasificación del comportamiento del paciente infantil, así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social y familiar, son importantes para definir que tipo de manejo del comportamiento se le dará al paciente odontopediátrico.

Por su parte, **Querales y Rodríguez (2002)**, en su estudio titulado Manejo y adaptación del niño con experiencias traumáticas en la consulta odontológica; bajo un tipo de investigación documental, cuyo objetivo general fue: Describir las diversas técnicas de manejo y adaptación del niño con experiencia traumática en la consulta odontológica. Las autoras concluyen que las técnicas adaptativas son de gran utilidad para el odontólogo, ya que gracias a ellas se puede lograr que el niño se sienta agradable en el consultorio garantizando así el éxito de la misma.

Igualmente, **Gallegos, Miegimolle y Planeéis. (2002)**, publicaron un artículo en la Acta Odontológica Venezolana, titulado: Manejo de la conducta del paciente maltratado, que tiene como objetivos: 1._ Informar sobre la importancia que tiene conocer el perfil psicológico del paciente en el momento de aplicar una técnica de manejo de conducta en los pacientes víctimas del maltrato infantil., y 2._ Describir las técnicas más adecuadas para el manejo y tratamiento de este tipo de niño de acuerdo al tipo de estrés post traumático que presente. Los autores concluyeron, que

los profesionales de la odontología y otros profesionales de la salud tienen un papel esencial en el control de los malos tratos. Además los odontólogos están obligados por ley a denunciar los presuntos casos de malos tratos infantiles ante las autoridades protectoras de los menores. Sin embargo, es importante destacar que no es responsabilidad del odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, ni debe nunca hacerlo, porque el odontólogo no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecer diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Pero si puede, durante la exploración, alertarse y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente, como resultado de las heridas o lesiones que afectan a las estructuras orales.

Es importante tomar conciencia que el abordar un tratamiento en odontopediatría especialmente, debe suponer desde la primera cita, una predisposición y voluntad especiales, que en caso del niño víctima de maltrato debe fomentarse la seguridad y confianza, especialmente cuando hay falta de la misma, que resulta ser en la mayoría de los casos y que son la causa de la deficiente colaboración que puede verse en estos pacientes. En estos casos las técnicas del manejo de la conducta se pueden considerar un arte a través del cual se establece la comunicación, se fomenta la educación y se construye una relación de confianza entre el niño y su odontopediatra. La clasificación del estrés post traumático nos muestra como en la consulta se puede encontrar con dos conductas a modelar en el caso del maltrato físico: Aquella en la que el niño presenta un comportamiento pasivo y con falta de la atención y de la confianza como resultado de un episodio traumático. Aquella en la que el paciente presenta una conducta disruptiva y agresiva que imposibilita llevar a cabo el tratamiento. Para ambos tipos de pacientes pueden resultar como técnicas de adaptación a la consulta la: 1.Técnica decir-mostrar-hacer. 2.Técnica de control a través de la voz. 3.Tratamiento farmacológico. 4.Anestesia general. (Volumen 40, Número 3).

En otro estudio, realizado por **Miranda, Plaza y Martínez (2002)**, titulado Evaluación del comportamiento del niño entre los 2 y 10 años, durante la consulta

odontológica luego de la aplicación de diferentes técnicas de adaptación en el centro odontopediátrico de Carapa, cuyo objetivo general estaba centrado en Evaluar el comportamiento del niño entre los 2 y 10 años, durante la consulta odontológica, luego de la aplicación de diferentes técnicas de adaptación en el centro odontopediátrico de Carapa, en el período agosto – septiembre del 2002. Para el siguiente estudio tomaron una muestra de 24 niños entre edades comprendidas de 2 y 10 años, y establecieron relación entre las edades seleccionaron 8 niños entre los 2 y los 4 años, 8 niños entre los 5 y 7 años y 8 niños entre los 8 y los 10 años, que acudían por primera vez a la cita odontológica, en la cual le realizaron la historia psico conductual, se le mostró el instrumental básico y le realizaron una profilaxis, y ya desde ese momento se comenzó a utilizar las técnicas de adaptación a la consulta. Las técnicas utilizadas fueron Decir - Mostrar- Hacer (DMH), reforzamiento positivo y modelamiento, todo dependiendo de las necesidades del paciente.

Los autores concluyeron que; 1) debido que el proceso de adaptación es lento, los padres al no obtener resultados inmediatos, dejaban de llevar a los niños a la consulta, a pesar que ya se les había explicado cuales eran las condiciones de la investigación; 2) para los pacientes entre los 2 y los 4 años de edad, la técnica DMH fue efectiva; 3) Aunque la técnica de modelamiento fue aplicada solo a un paciente entre los 5 los 7 años, y a uno entre los 8 y los 10 años, no se considera que sea necesaria para la adaptación en los niños de estas edades; 4) El reforzamiento positivo es una técnica que deben ser aplicada simultáneamente con las otras técnicas, porque es indispensable para el niño que se le recompense cuando tenga una conducta adecuada; 5) El tiempo entre cita y cita debe ser corto, ya que si no el niño pierde el proceso de adaptación ganado hasta ese momento que la relación Odontólogo – paciente es mejor, hay más confianza y la eficacia del tratamiento es mayor; 6) Empezar con tratamientos más sencillos a más complejos; 7) Los estudiantes deben aconsejar a los padres que le impartan a sus hijos la importancia de acudir al Odontólogo, de cepillarse los dientes y no dar información que pueda afectar al niño de manera negativa en la consulta odontológica; 8) Se le debe explicar al padre o

representante el procedimiento que se le realizará al niño de la forma más sencilla posible, para evitar que le transmita al paciente su ansiedad.

Luego, **Cárdenas (2002)**, realiza un trabajo documental en la ciudad de Medellín, Colombia, llamado Pautas para el Manejo de Farmacológico en el Paciente Pediátrico. Aquí el doctor menciona que el manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño. De igual forma, las tendencias sociales, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias acerca de los cuestionamientos jurídicos han llevado a que se reevalúen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente. Concluye que cuando se realiza manejo de la conducta es importante tener en cuenta cuales son los objetivos de tratamiento del paciente y determinar la factibilidad de lograrlos con técnicas no farmacológicas. De lo contrario, deben considerarse otras alternativas tales como la sedación o anestesia general.

En el mismo año, **Vera** realiza un trabajo de investigación el cual se llama Expectativas de Respuesta e Hipnosis: Investigación Experimental e Implicaciones para la Psicoterapia. El trabajo investigativo está enfocado hacia el estudio de la hipnosis como alternativa en tratamientos de psicoterapia y las expectativas que surgen del empleo de la misma. Este trabajo de investigación experimental no menciona ningún tipo de metodología empleada para la evaluación del mismo, como tampoco con que tipo de población se trabajo ni los parámetros o factores se tomaron en cuenta para dicha evaluación; tan solo se menciona que los investigadores expresaron que: “expectativas acerca de la ocurrencia de respuestas experimentadas como no volitivas han sido generalmente ignoradas en las teorías del aprendizaje. Sin embargo la línea de investigación mantenida por Kirsch y otros autores viene demostrando que la expectativa de respuesta es un constructor unificador, la vía de pensamiento final donde se ponen en común las distintas variables generadoras de la respuesta hipnótica, pero también de otras respuestas no volitivas, experimentadas en contextos no hipnóticos. En tal sentido, la investigación de las variables subyacentes a la respuesta hipnótica se muestra muy relevante para una mejor comprensión de

buena parte del comportamiento humano. Se pudo concluir de este trabajo que: se revisaron los principales hallazgos en tal sentido y se subrayó por tanto la conveniencia de prestar especial atención a la manera en que son presentadas a los clientes las distintas técnicas de tratamiento, y no solo la técnica en sí. La hipnosis en particular nos muestra de forma explícita el impacto de este efecto placebo en la psicoterapia, y constituye una manera muy lícita de presentar las técnicas primarias de intervención obteniendo una manipulación no engañosa de expectativas.

Finalizando, **Cadavid (2002)**, realiza un trabajo de tipo experimental en Colombia, el cual se titula Eficacia de la Técnica de Modelamiento con Videos Preoperatorios en Pacientes de 4 a 6 años de edad. Este estudio se realizó para evaluar el comportamiento de niños de difícil manejo utilizando la técnica de modelado con vídeo. La muestra consistió de 15 minutos con experiencia odontológica previa, cuyo comportamiento fue clasificado como definitiva o levemente negativo de acuerdo a la escala de Frank. Cada niño se atendió en dos citas; en la primera se sometió a un tratamiento restaurador convencional, previo a la segunda cita, los pacientes observaron un vídeo donde se mostró la atención de un niño de buen comportamiento. Inmediatamente después, recibió tratamiento similar al de la primera cita. Todos los procedimientos fueron graduados y editados para ser evaluados por un juez, previamente estandarizado, quien clasificó el comportamiento de los niños en cada momento operativo y en forma global para cada cita. Al comparar el comportamiento de las dos citas, se encontró que hubo una mejoría del 53.3% ($p=0.25\%$) durante la aplicación de la anestesia, 73.3% ($p=0.02$) durante el tallado de la cavidad y 60% ($p=0.001$) al momento de la restauración. En la evaluación global, la técnica demostró ser efectiva en el 80% de los pacientes ($p=0.008$). Se concluyó que la técnica puede ser efectiva cuando es utilizada en niños de 4 a 6 años con comportamientos levemente negativos, logrando éxito en el mejoramiento del comportamiento disruptivo.

Bases Teóricas

Concepto de Adaptación

Adaptar un niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje, por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la odontología, como lo define Figueroa De Garzón (1996), en conceptos básicos de odontología pediátrica.

Variables que inciden en la Adaptación

Para poder tener éxito en la adaptación es necesario analizar primero las variaciones que inciden en este proceso. Según Figueroa de Garzón (1996), estas variables son:

- ✓ Ambiente Odontológico
- ✓ Odontólogo y personal auxiliar
- ✓ Padres
- ✓ Niño
- ✓ Primera visita odontológica

El **Ambiente odontológico** para un niño contiene una gama de eventos aversivos, tales como gente desconocida. Procedimientos extraños y equipos atemorizante.

Las investigaciones al respecto, han comprobado que los niños que se encuentran en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad. De allí la necesidad de atenuar los posibles elementos generadores de ansiedad, de manera de convertir el ambiente odontológico en un escenario agradable, donde el niño se sienta seguro. Por esta razón, se recomienda que la sala de espera debe ser luminosa, alegre y cálida, en ella el niño debe sentirse relajado y contento. Al niño le agrada encontrar cuentos, creyones y libros para colorear, juguetes, cuadros, adornos, una cartelera con dibujos infantiles, etc., pueden ser de gran utilidad, al distraer la atención del niño hacia estos objetos. Un ambiente musical

tranquilizante, para cubrir ruidos inevitables del consultorio. Debe suavizarse la impresión clínica manteniendo fuera de la vista del niño instrumentos, aparatos, inyectoras, etc. (Ob. Cit)

El **odontólogo y el personal auxiliar**; el odontólogo que atiende a niños, debe gustarle el hacerlo. Debe comportarse de una manera tolerante, paciente y cariñosa, mostrar una gran empatía por su paciente y ser capaz de ganarse la confianza del niño y la de los padres. Ya que los métodos que utilice para abordar y tratar a un niño son determinantes de las reacciones y actitudes del niño en la situación odontológica. Debe tener mucha seguridad en si mismo y en las actividades que realiza, ya que el niño es capaz de percibir la más mínima muestra de inseguridad, lo que podría afectar su confianza, tal como lo afirma Figueroa de Garzón (1996).

El odontólogo debe poseer una buena capacidad de expresión en cuanto a palabras, tono de voz, gestos y expresiones faciales. Debe tenerse cuidado especial de usar un lenguaje y conceptos que el niño pueda comprender. La selección de las palabras, tanto del odontólogo como del personal, y la forma en que éstas son pronunciadas, influyen notoriamente en el estado emocional del niño. Algunos odontólogos tienden a utilizar diminutivos en exceso (vasito, cariecita, boquita, etc.) y esto puede molestar al niño. Evitar también palabras o expresiones atemorizantes, como aguja, taladro, bisturí, dolor, puyazo, pinchazo; en estos casos deberá sustituir estas palabras por otras más suaves (eufemismos), a fin de mantener niveles bajo de ansiedad. Es por todo esto, que el odontólogo debe tener conocimientos teóricos y un entrenamiento adecuado acerca de las técnicas de abordaje psicológico en niños. Debe realizar un trabajo odontológico eficaz y de calidad. (Ob. Cit.).

Figueroa (1996) afirma también que, el personal auxiliar debe seguir los mismos lineamientos que el odontólogo, por lo que un entrenamiento al respecto es importante para la efectividad del trabajo en equipo. Tanto la recepcionista, como la secretaria y cualquier empleado del consultorio, deben dar un trato amable y cálido al paciente y a sus padres, ya que su forma de expresarse, influencia notablemente la

actitud del niño. La comunicación con el niño, verbal o no verbal, es el principal objetivo para asegurar una adaptación ideal.

Padres

Mc Donald y Avery (1990), señalan que los Padres de los pacientes pediátricos, casi desde el día de su nacimiento, la conducta de los niños es moldeada por los padres por medio del aliento y desaliento selectivo de conductas determinadas, por medio de sus técnicas disciplinarias y por la libertad que permiten. En sus primeros años, por lo menos, los niños aprenden especialmente de sus padres, lo que supuestamente deben o pueden hacer y las conductas que les están prohibidas. Es por eso, los padres pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento odontopediátrico debido a que la odontología es simplemente otra faceta de la vida con la cual los pequeños deben enfrentarse, ya que el apoyo y la comprensión de los padres son necesarios para ayudar a modelar la conducta del niño en el consultorio odontológico conjunto con el equipo odontológico.

Wright, Starkey y Gardner (1975), describieron actitudes inconvenientes de los padres identificadas en la práctica odontológica y sugirieron estrategias para su manejo. Hoy en día todavía se usa esta clasificación incluso Pinkham (2001) la señala en su libro. Mc Donald y Avery (1990), la clasificaron de la siguiente manera:

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

apertura para una discusión razonable. Apuntar a la falta de aprensión de los niños pequeños y a señalar la importancia de establecer una relación uno a uno entre el niño y el odontólogo, satisface generalmente a la mayoría de los padres sobreprotectores, tal como aparece en Mc Donald y Avery (1990).

La cátedra de odontopediatría de la Universidad Central de Venezuela (1996), comenta sobre la actitud materna de la sobreprotección, que se caracteriza por el cuidado del niño, esta actitud retrasa su maduración psicológica. Si se acompaña de dominancia, el niño será un paciente colaborador, aunque puede ser difícil establecer comunicación con él. Si se acompaña de sobreindulgencia, el niño podrá comportarse en la consulta de una manera agresiva si se contradicen sus deseos. La sobreindulgencia esta actitud se caracteriza por las pocas restricciones sobre la conducta del niño. Son los conocidos niños “sin limite”, y en el consultorio odontológico pueden ser pacientes muy difíciles, que muestran berrinche y/o conductas agresivas cuando no logran dominar la situación.

Mc Donald y Avery (1990) señalan que hay **Padres manejadores**, en el cual, el comportamiento manipulador se manifiesta por las actitudes demasiado exigentes. Inicialmente, las demandas pueden centrarse en la hora de la consulta pero pueden extenderse hasta pretender dirigir el diagnóstico o el tratamiento. Como las exigencias o manejos pueden ser contrarios a las normas de atención en el consultorio o a los mejores intereses para la atención de la salud bucal del niño, el profesional debe regular la situación y manejar a los padres. Aquí también se hace el abordaje mediante una pregunta: “¿Su hijo tuvo algún problema en el jardín de infantes o la escuela?”. La mayor parte de los padres responde con comentarios acerca de los logros del niño. Esto permite que formulemos la conclusión lógica de que las consultas después del horario de clases están pensadas para los niños que tienen dificultades en la escuela.

Padres hostiles. Esta actitud la demuestran los padres que cuestionan la necesidad de tratamiento. Por lo general no se trata de curiosidad porque las preguntas las hacen de modo receloso. La razón de la hostilidad puede no ser evidente para el profesional ocupado, pero puede ser el resultado de a) malas experiencias

personales con la odontología, b) un negativismo general hacia los profesionales de la salud, c) sentimientos de inseguridad en un ambiente extraño o d) errores de concepto en cuanto a la odontología. Se debe tener paciencia con estos padres, porque puede ser que simplemente no entiendan el tratamiento que se propone. Por otra parte, si el cuestionamiento de los padres persisten, el odontólogo puede reconocer una falta de comunicación y preguntar si alguien ofendió a ese padre. Al guiar al padre hostil o desconfiado con una discusión cándida, por lo general se provoca una réplica franca y se desarrolla una relación afable entre el profesional y los padres después de la discusión. (Ob. Cit)

Mc Donald y Avery (1990) comentan que los **Padres negligentes**, pueden no ser advertidos inicialmente, por lo general se descubren porque no cumplen con las citas, faltan a las consultas de seguimiento y no controlan la higiene ni los hábitos de acuerdo con lo programado. Algunos padres pueden no apreciar los beneficios de la buena atención odontológica, a pesar de que llevan a sus hijos al odontólogo. Otros padres que reconocen la importancia de la odontología para sus hijos pueden no ser cuidadosos o estar muy ocupados con sus actividades cotidianas como para ocuparse de la odontología con la debida atención. A menudo es necesario aconsejarlos para conmovierlos y hacer que reconozcan la importancia de la odontología para sus hijos. El odontólogo debe establecer los objetivos a largo plazo para el paciente y determinar si los objetivos de los padres son similares para con sus hijos. Debe proyectarse tolerancia e interés.

La Cátedra de Odontopediatría de la Universidad Central de Venezuela (1996), describe también a algunas actitudes de padres de paciente pediátrico ante la consulta odontológica, como son: a) **Carencia afectiva**; esta actitud demuestra una falta de afecto hacia el niño, que varía desde una despreocupación o indiferencia, hasta un descuido total. En la consulta odontológica se muestran tímidos, lloran fácilmente y pueden mostrarse reacios a colaborar. Requieren tolerancia y afecto por parte del odontólogo tratante, b) **Rechazo**; esta actitud se manifiesta por el descuido del niño, quien es sometido a frecuentes castigos y regaños. Los casos de maltrato deben ser denunciados lo antes posible, ante las autoridades competentes. Suelen ser

pacientes difíciles, que requieren afecto y comprensión por parte del odontólogo, y c) **Autoritarismo**; en esta actitud predomina la imposición de la autoridad mediante el castigo o el ridículo verbal. Acostumbrados a obedecer órdenes, estos niños se comportan adecuadamente en el consultorio, aunque pueden retardar indirectamente el tratamiento mediante conductas evasivas (piden ir al baño, hacen muchas preguntas, etc.).

Los padres de los pacientes odontopediátrico frecuentemente requieren comprensión y deben ser guiados a través de las experiencias odontológicas de sus hijos. Son los padres, no los hijos, son los que litigan con los odontólogos por los métodos de abordaje del tratamiento. Para evitar complicaciones legales, es probable que una de las mejores estrategias defensivas sea establecer buena relación y comunicación con los padres, todo esto lo señala Mc Donald y Avery (1990).

Los tipos de padres y actitudes señaladas anteriormente pueden afectar adversamente la personalidad en el desarrollo del niño y esto, a su vez, puede conducirlo a mostrar una conducta inapropiada en la situación odontológica.

Niño

Cooperador con el Odontólogo

La gran mayoría de los niños de 36 a 40 meses de edad se comportan de manera adecuada y se apegan a las solicitudes del odontólogo, quien los maneja de manera correcta. De hecho, pueden ser los pacientes más fáciles de tratar entre todos los existentes. No demandan paciencia excepcional del Odontólogo, porque no la requieren. (Pinkham, 2001).

Los tratamientos dentales para estos niños constituyen una experiencia profesional muy agradable y recompensante. En muchos casos, el Odontólogo siente un apego personal al pequeño (“Es mío”). Es divertido platicar con el paciente infantil, hacerle preguntas, averiguar qué disfraz utilizará en un festival o que recibirá en Navidad, conocer su programa de televisión favorito, su comida preferida o saber cómo se siente acerca de su nuevo hermanito. Conversar con ellos resulta entretenido

y, en general, ha de ser una parte tranquilizante de la actividad diaria del dentista general. (Ob. Cit.).

El niño cooperador reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental. Esto significa que reacciona tan bien como puede hacerlo. Pinkham (2001), señala que las crisis más frecuentes en la Odontopediatría y cómo el niño cooperador las maneja, se incluyen las siguientes:

- Separación de los padres
- Colocación en el sillón
- Ubicación del dentista en el sillón
- La inyección
- Procedimiento dental
- Término de la visita

No Cooperador con el Odontólogo

Son niños que no pueden superar o, no hacen frente a estímulos y exigencias conductuales de la experiencia dental. El primer grupo se constituye de pacientes con **afección emocional**, pero no es un conjunto vasto. La Odontología al igual que muchos otros desafíos de la vida se complica para estas personas por sus problemas psicoemocionales. Es importante tomar en cuenta que el problema pudiera no estar diagnosticado. (Pinkham, 2001).

La ansiedad es un dato confiable de alteración emocional; cuando la ansiedad que acompaña a una cita dental, se complica con la de un padecimiento emocional, a menudo se presenta una explosión conductual. Los niños afectados desde el punto de vista emocional son, en términos generales, pacientes dentales muy deficientes. En el mejor de los casos, no es ameno trabajar con ellos; es como si en su cuerpo no quedara niño alguno. Con frecuencia no hay diagnóstico confirmado en estos casos. El trastorno emocional también puede ser problema para los niños con hogares desintegrados y otras circunstancias familiares poco deseables. (Ob. Cit.)

El siguiente grupo es el de los **tímidos**. Se forma de niños introvertidos, con socialización precaria, que temen los retos sociales relativos a la visita dental. La

mejor técnica de manejo para ellos consiste en romper la barrera con amistad. La introversión o la timidez constituye un problema para mucha gente, incluso para los niños, en particular los muy pequeños. Como la experiencia odontopediátrica es un encuentro humano bastante intenso que exige empatía y comunicación entre el dentista y el paciente, es obvio que el niño muy tímido sufrirá estrés por tal experiencia. Esta tensión quizá provoque conductas evasivas, como el llanto. Por lo regular, éste adquiere la forma de un sollozo compensatorio. Rara vez el introvertido muestra comportamiento agresivo de evasión como un berrinche; se le puede comparar con un cachorrito que cuando se ve amenazado, cojea y tiembla. (Ob. Cit.)

El tercer grupo que señala Pinkham (2001), incluye a los **niños atemorizados**, a quienes enfrentan dificultad porque temen al Odontólogo. El temor a la agujas representa 90% de la causa de miedo en la Odontología. Un niño con miedo representa un reto enorme para el dentista así como para maestros, médicos, padres y cualquiera que lo trate. Al atender a este tipo de paciente, el dentista enfrenta un problema particular pues a pesar de que el encuentro dental no es muy largo, es intenso y requiere, de manera ideal, mucha cooperación del niño. El Odontólogo también enfrenta el temor tal vez mayor de casi todos los adultos que interactúan con el niño. Estos miedos incluyen temor a las agujas, miedo al daño corporal y temor en general a lo desconocido. Si se enlistan todos los sonidos, ruidos y olores, completos y específicos, así como las expectativas probables que, desde un punto de vista razonable, son peculiares en relación con la experiencia dental, quizá ocupen una hoja tamaño oficio. Sólo los instrumentos manuales representarían una lista amplia de posibilidades.

Otro grupo es el de **no cooperadores**, quien Pinkham (2001) los define como aquellos que les desagrada la autoridad. Este tipo de pacientes detesta las citas dentales y basa su insatisfacción en una aversión a obedecer las órdenes de adultos.

Ira y Miedo

Por carecer de capacidades perceptivas y discriminadas, el recién nacido reacciona a estímulos amenazantes con respuestas globales, difusas, indiferenciadas,

son las llamadas “reacciones emocionales primeras”, representadas básicamente por la ira y el miedo. La ira tiene manifestaciones corporales, como el llamado enrojecimiento del rostro, pataleo y otras. En el miedo, en cambio ocurre palidez, paralización momentánea, posturas fetales, entre otras. (Osorio, 1990).

Cuando la estimulación es de tipo brusca, como ocurre cuando el niño es lanzado al aire, la intensidad de la emoción aumenta, y las respuestas fisiológicas son más marcadas. El lactante no tiene conciencia del estímulo que le produce el miedo, pero a medida que crece y se desarrolla su capacidad mental, va tomando conciencia de esos estímulos y reacciona ante ellos para resolver esos problemas que día a día se le plantean. Estos estímulos o situaciones se le pueden plantear en forma de conflictos, que son situaciones amenazantes para su vida emocional. Ante los conflictos, los niños pueden experimentar diversos sentimientos, tales como: soledad, vergüenza y culpabilidad, los que a su vez generan miedo, angustia o ansiedad. (Ob.Cit).

Miedo y Ansiedad

Según Koch (1994), el miedo es una emoción desagradable causada por una amenaza real o imaginaria de peligro. Es una respuesta primitiva que protege al individuo contra daños. Define también a la ansiedad es un estado de desorganización del organismo que puede variar desde una pequeña señal de alarma hasta pánico mismo. Cuando se acompaña de ciertas sensaciones corporales, como palidez, sudoración, sensación de vacío en el estómago y otras, se transforma en angustia.

La visita odontológica provocará cierto grado de aprensión o ansiedad, en casi todos los niños. Esto es especialmente si en el niño preescolar, quien puede experimentar no sólo temor de posible dolor y miedo a lo desconocido, sino también un temor de separación de la madre.

El odontólogo que trata niños debe recordar que la ansiedad, per se, es una respuesta normal y realmente necesaria en muchas situaciones, a fin de mantener la seguridad del individuo. Por eso, el niño que demuestra miedo a un compañero

agresivo exhibe una conducta normal, mientras aquél que no manifiesta ninguna aprensión en este transe puede ser considerado anormal.

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva y subjetivamente. (Koch, 1994).

Temores Objetivos

Son los producidos por estimulación física de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un dentista y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que el niño que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando se le hace volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales. (Sydney, 1976).

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente o que ha sufrido de intensos dolores infligidos por personas con uniformes blancos, puede desarrollar un miedo intenso característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados a la odontología, puede asociarlo con dolor causando aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores. (Ob.Cit).

Temores Subjetivos

Sydney (1976) señala que, estos temores están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Un niño de corta edad, sin experiencia al oír de alguna situación

desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce el miedo permanece en la mente del niño y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve a imponer.

Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juego sobre supuestos terrores del consultorio dental los aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. Algunos investigadores expresan que en los adultos el miedo a la odontología estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental. (Ob. Cit.).

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtenga pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo. La influencia de los padres es de importancia vital hacia la odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos sobre lo que pueden esperar del consultorio dental. El niño debería conocer de manera general, los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo de laboratorio antes de la primera visita. En la odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario. Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la odontología. (Ob.Cit).

Asegura Sydney (1976) que, los temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo de otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que esta observando en otros. Esto se verifica principalmente si el miedo es observado en los padres. Si el padre está triste, el niño está temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están íntimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirla, sin que ninguno de los dos se de cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una emoción, como por ejemplo ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal. Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo al niño que la observa. Es fácil darse cuenta que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficientemente como para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo.

Aunque las influencias de los padres son las más profundas en materia de sugestión, los niños pueden adquirir miedos sugeridos de amigos o compañeros de juegos o de materiales como libros, periódicos, dibujos animados, radio, televisión y teatro. La eficacia de esta influencia dependerá de la fuerza y repetición de los estímulos y de la sugestibilidad del niño. (Sidney, 1976).

Por lo general, un niño miedoso temerá a todas las cosas y personas. Los miedos sugeridos pueden aumentarse a tal grado que lleguen a la irracionalidad. A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tiene fundamento. Los temores pueden ser irracionales en el sentido en que el niño no sabe porque está atemorizado. Puede que recuerdo de experiencias pasadas se borre totalmente en su memoria consciente, pero las emociones asociadas con la experiencia obligada determinan en gran parte su reacción a acontecimientos similares en el futuro. (Ob.Cit).

La intensidad de los temores de los niños varía. Estas deficiencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir. Un niño adormitado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables. (Ob.Cit).

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos; frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos. Tal vez si utiliza el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando este en casa. Son los padres y el dentista los que tienen que determinar si el miedo es real o simulado. (Sydney, 1976).

Es bueno recordar que, independientemente del condicionamiento, los niños normales con experiencias similares mostrarán gran variedad en la adquisición y reacción al miedo. Cada niño es un individuo y reacciona de manera individual. Gran parte de la reacción dependerá de las capacidades innatas físicas y mentales del individuo. Un niño que está físicamente sano, con funciones endocrinas normales, responderá de manera más activa que el niño con hipofunciones glandulares. El niño mentalmente alerta responderá más inteligentemente y rápidamente que individuos retrasados mentalmente. A veces, se encuentran situaciones en que dos niños, sometidos al mismo estímulo o experiencia y con iguales capacidades mentales, reaccionan en direcciones opuestas, por ejemplo, uno mostrará valor y tratará de combatir el agente causal, mientras que el otro responderá con alarma y tratará de huir. Estas diferencias humanas deberán ser compartidas por los padres cuando enseñan a los niños individualmente para que acepten procedimientos comunes como los dentales y para que los tomen como una experiencia normal relacionada con la salud. (Ob.Cit).

La ansiedad

Saldarriaga (1996), define a la ansiedad como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patologías. La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, sicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen

diagnóstico diferencia basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico.

Andlaw (1993), comenta que las **manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad** son muy variadas, y las clasifica en diferentes grupos, como son los siguientes:

- **Físicos:** Taquicardia, palpitations, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación, entre otros.
- **Psicológicos:** Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.
- **De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de la mandíbula, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc. Despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todas las cosas desagradables, sobre valorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

- **Sociales:** Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Andlaw (1993) dice que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración, y son poco incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni debe eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.

Mecanismos de Defensa contra la Ansiedad

Represión

Consiste en alejar del campo de la conciencia los impulsos, tendencias o recuerdos que puedan producir ansiedad, pues los mismos son incompatibles con otras tendencias inaceptables para la moralidad de la persona, que de otra forma generarían angustia, culpabilidad y vergüenza. (Sydney, 1976).

Freud designa como represión la inhibición inconsciente de una necesidad impulsiva. La represión es la protección inconsciente del individuo ante una carga insoportable de su angustia. En la niñez, este mecanismo es muy frecuente debido a que la capacidad de resolver conflictos, posponer la satisfacción de impulsos o renunciar a ellos, es muy débil en los niños.

En algunos individuos ocurren obliteraciones enteras en las llamadas “personalidades múltiples”, también se observa en las llamadas amnesias histéricas, donde grupos de conocimientos y memorias, relacionadas con el conflicto, son expulsados del campo de la conciencia. (Ob.Cit).

Racionalización

La define Sydney (1976) como una forma de negación en la que, para evitar el conflicto, se dan razones o argumentos para las conductas del individuo. Generalmente, este proporciona razones socialmente aceptables a su propia conducta, pues la razón verdadera no es admisible en su conciencia, y si llegara a ella provocaría dolorosos sentimientos de culpa que le producirían fuerte ansiedad. En la racionalización, el individuo escoge impensadamente entre varios motivos coexistentes, aquellos que le son más aceptables, más frecuentes y más razonables, y refuerza la represión de los más inaceptables.

Sobre comprensión o Forma Reactiva

La tendencia natural del hombre está orientada hacia el equilibrio; cuando existe un lado débil en nuestra personalidad, buscamos el equilibrio en otro aspecto, a fin de confirmar del niño que físicamente es débil, pero que compensa su debilidad con grandes y majestuosas habilidades de música o de dibujo.

Al contrario, hay tendencias poderosas que sólo pueden mantenerse reprimidas con el desarrollo de otras tendencias diametralmente opuestas, surgiendo así la sobre comprensión. En estos casos, ocurre la tendencia hacia el sobre equilibrio, es decir, hacia otro desequilibrio, siendo esto una fuga hacia otra tendencia. Un ejemplo de ello, es un individuo con tendencias sádicas o agresivas, quien sobre compensa dichas tendencias con rasgos de excesiva limpieza y meticulosidad. (Sidney, 1976).

Conversión

Es un mecanismo que se pone en juego en situaciones agudas de conflicto. La carga emocional reprimida, cuyo paso a la conciencia no es permitido, se desvía a

través del sistema nervioso de la vida de relación y se expresa en síntomas o manifestaciones orgánicas, como parálisis, dolores diversos, temblores, etc. Estos conflictos se fijan en conductas de algunas partes del cuerpo. El síntoma físico tiene una función utilitaria en el equilibrio de la personalidad, pues permite eludir la responsabilidad en el conflicto. (Ob.Cit).

Proyección

Según Sydney (1976), consiste en atribuir a objetos exteriores ciertas características, intenciones o motivaciones que el sujeto desconoce en sí mismo. Por lo general ocurre como una tendencia a defendernos, atribuyendo a otros nuestras intenciones malévolas o nuestras culpas. Es una justificación de las propias deficiencias, acompañada de una proyección inculpadora sobre los demás. Un caso típico de este fenómeno es cuando el niño persigue al otro, este tropieza y culpa al niño que persigue, aludiendo “el comenzó, yo no”.

Regresión

Este caso sucede por ejemplo, cuando ante una situación de gran temor, el niño retrocede a una fase anterior a su evolución. El niño no se encuentra satisfactoriamente adaptado a su ambiente y huye hacia el pasado, como su cuna de bebé, donde anteriormente se sentía seguro y protegido.

Este mecanismo es frecuente en niños pequeños y aparece usualmente cuando nace un hermanito; la ansiedad que produce la idea de un nuevo bebé, que lo desplace y obtenga la atención y el cuidado que él venía recibiendo, lo lleva a adoptar conductas represivas para llamar la atención y conservar los cuidados y atenciones que el venía recibiendo. (Sydney, 1976).

Desplazamiento o Sustitución

Las cargas emocionales son desplazadas de un objeto a otro aparentemente no relacionado con el anterior. En la psicología, este mecanismo es una de las conductas más típicas de las fobias, en que la angustia inherente al conflicto es desplazado hacia un objeto (insecto, ascensores, etc), los cuales se hacen peligrosos o temidos por el

sujeto. Cualquier objeto puede adquirir esa significación sustitutiva y puede generar una obsesión fóbica, que expresa simbólicamente no solo la angustia frente al mundo real, sino también la necesidad de auto justificación. (ob.cit.).

Sub-limitación

Consiste en modificar una tendencia inaceptable hacia formas de expresión que, siendo apropiadas para aliviar la tensión original, no solo inobjetables, sino socialmente valiosas. Es la integración y resolución de la ambivalencia que produce el conflicto, de modo que esa integración se canalice y sea socialmente bien aceptada; un ejemplo de ello es el caso de la poesía y la literatura, que sustituyen los impulsos eróticos. (Sydney, 1976).

Identificación e Introyección

La identificación es el deseo de ser como los otros. La introyección es el deseo de retener las cualidades del otro. Ambos mecanismos son responsables de que el niño incorpore y asimile actitudes e intereses de sus padres y de su grupo social. La introyección juega un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad y en la formación del carácter del niño; la identificación con los padres facilita al niño aprendizajes en el arte de vivir, dándole a la vez más seguridad en sí mismo. (Ob.Cit.)

Retraimiento o Retirada

Es uno de los mecanismos de defensa más frecuentemente empleado por los niños en edad preescolar. Consiste en evitar o huir de situaciones o personas amenazadoras. Evitar significa abstenerse y abstenerse significa, muchas veces, renunciar. Esta respuesta de retraimiento aparta transitoriamente a los niños de la situación temida; pero si el retraimiento se mantiene como una conducta repetida, desadaptará al niño, en tal forma, que le hará sentir miedo ante todas las situaciones de tensión o ante problemas, y tal vez no aprenda nunca a manejar adecuadamente las crisis inevitables en el transcurso de su desarrollo. La excesiva evitación provocada del individuo, puede resultar en una considerable perturbación de la capacidad de

adaptación del individuo, haciéndolo antisocial e inclusive hostil a la sociedad. (Sydney, 1976).

La Fobia

Según la National Institute of Mental Health (2002), la fobia es un miedo específico, desproporcionado a las exigencias de la situación, que no pueden ser explicadas o razonadas, que va más allá del control voluntario y que no es característico de una etapa evolutiva en particular. (Signer, 2002).

El tratamiento de pacientes con ansiedad dental exacerbada o la fobia dental presenta un desafío al dentista. Desde la ocurrencia de tal representa 8% y 4% respectivamente de la población, es de gran importancia que el dentista sepa proceder correctamente en la identificación (el diagnóstico) de los pacientes arriba expresados. Pacientes con niveles altos de ansiedad dental ven el dentista pero experimentan el gran sufrimiento. El uso de técnicas conductuales o el uso de drogas; es factible tratar a tales pacientes con incomodidad mínima o sin sufrimiento. Estos pacientes con fobia dental experimentan más incomodidad (esperando tener más dolor y sintiéndose más ansiosos) durante el tratamiento dental que aquellos con los más niveles de ansiedad dental (ob.cit.)

Depresión

La depresión como síntoma puede aparecer acompañada a múltiples enfermedades médicas graves, dolorosas, crónicas o terminales. Se presenta también con gran frecuencia en el preoperatorio de grandes técnicas quirúrgicas principalmente si es preciso un período de readaptación del paciente a un nuevo tipo de vida. La mayoría de estas veces aparece como una reacción de adaptación a un suceso externo estresante. En ocasiones, esta causada por una alteración orgánica o medicamentosa, que será preciso solucionar para poder actuar terapéuticamente sobre la depresión. La depresión como enfermedad pertenece al gran grupo de los trastornos afectivos, en el que están incluidas desde las más reactivas psicológicas o neuróticas hasta las más endógenas. (López, 1997).

El conflicto

Desde el momento del nacimiento, el ser humano queda expuesto a una serie de situaciones en su relación con el medio externo, lo que obliga al organismo a buscar constantemente un equilibrio, el cual se ha determinado “equilibrio homeostático”. (Mc. Donald, 1993)

La pérdida del equilibrio homeostático crea en el individuo un estado de tensión. Según Bleger (1976), la tensión recibe distintos nombres, según su predominio en algunas áreas de manifestación de la conducta; si aparece en el área de la mente, se denomina ansiedad; si aparece como fenómeno predominante en el cuerpo, se denomina angustia; y si aparece ligada a un objeto concreto se llama miedo.

La conducta es por lo tanto, una respuesta al estímulo y a la vez una defensa, por cuanto protege al individuo de la desorganización. La coexistencia de conductas contradictorias, incompatibles entre si, configuran un conflicto. Los conflictos se plantean en la vida diaria de cada individuo, como consecuencia de las situaciones naturales y sociales, y éste reacciona con diversas conductas, que son reacciones del organismo ante la situación total. (ob. cit.).

Primera visita al odontólogo

Esta primera visita debe tan agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella. Si no hay necesidad de realizar ningún tratamiento de emergencia, en cuyo caso se requiere tratamiento inmediato, se realizarán procedimientos sencillos como examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, flúor, etc. (Figueroa de Garzón, 1996)

Es recomendable que la madre acompañe al niño dentro del consultorio durante el 1er control odontológico, ya que esto proporciona al niño mayor seguridad, además de que puede ser útil al odontólogo, el ampliar alguna información de la historia clínica o comentar algún hallazgo clínico o radiográfico; también se tendrá la oportunidad de observar la relación madre-hijo.

Los estudios al respecto han confirmado que los niños de cuatro años, o menores, se benefician con la presencia de la madre durante el tratamiento, ya que se minimizan sus temores y reciben apoyo emocional durante esta experiencia. En niños mayores, la tendencia es a excluir a los padres de consultorio, a excepción de la 1era visita. Sin embargo, los padres no deberán ser rutinariamente excluidos del consultorio, pues existen ciertas ocasiones cuando su presencia es deseable y realmente estimula, la conducta positiva por parte del niño. Esto es de importancia especialmente en los niños discapacitados. (Ob. Cit)

Técnicas de Adaptación

Las técnicas de adaptación comprende en aquellos procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño, ampliando sus destrezas, incrementando su autocontrol y disminuyendo o eliminando su ansiedad.

Pinkham (2001), señalan algunas técnicas de adaptación del niño a la consulta, entre las cuales tenemos a: Experiencia previa a la cita, Decir Mostrar y Hacer (DMH), Control mediante la voz, Mano sobre boca, restricción física, felicitar y comunicar, métodos para reducir la ansiedad materna, hipnosis, relajación, terapia de juegos, audioanalgesia, desensibilización, otorgar regalos y citas de observación, uso de fármacos, anestesia general, sustancias químicas (óxido nitroso y oxígeno).

La Cátedra de odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela (1996), comenta otras técnicas como: Desensibilización, Modelamiento, Reforzamiento positivo, tiempo fuera, método farmacológicos, el placebo, y otras que ya fueron nombradas por Pinkham.

Y Mc Donald y Avery (1990), comenta otras dos que son la Hipnodoncia y Reentrenamiento. A continuación, definiremos según cada autor las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.

Experiencia previa a la cita

La visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y una orientación. De antemano se explica al paciente que ese

días absolutamente nada se llevará a cabo. El niño tiene la oportunidad de conocer a las personas que laboran en el consultorio dental. Cuando las cosas evolucionan de manera satisfactoria, es posible mostrar y explicar en términos comprensibles para el infante ciertas partes del equipo dental, como la pistola de aire y agua (jeringa triple) o el avión (la pieza de mano). Esta técnica ya no se usa mucho en la actualidad por limitaciones de tiempo del dentista y de los padres. Esta técnica es diferente a la cita de observación, en la cual, el niño mira a su padre o hermano, o a alguien que va a recibir tratamiento dental. Las citas de observación quizá sean provechosas, pero el sentido común hace considerar que también pudieran ser contraproducentes, cuando el paciente observa algo que lo atemoriza. (Pinkham, 2001).

Es preciso hacer la 1era cita del niño pequeño tan agradable y simple como sea posible. Para la mayoría de los pacientes de tres años de edad y mayores, el examen, la profilaxis y el tratamiento con fluoruro pueden convertirse en una experiencia agradable, que incluso se disfrute. (Ob. Cit).

Decir, Mostrar y Hacer

Esta técnica equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental, relajado y tolerante. La técnica es sencilla. Consiste en que antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestésico local y otros procedimientos que contravienen las explicaciones, por ejemplo, la extirpación pulpar) ha de explicarse al niño que se hará y después se simula que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento. La selección de las palabras es importante en la técnica de DMH. El éxito estriba en que el dentista posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos que el niño pueda entender. Esta técnica fue creada por Addelston en 1959, y ha permanecido como piedra angular de la dirección de la conducta. (Pinkham, 2001).

Control mediante la voz

Este método requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz ha de proyectar la intención de: “soy quien manda aquí”. La

expresión facial del dentista también debe reflejar esta actitud de confianza; de hecho, él puede “controlar con la voz” solo mediante su expresión facial. Esta es una técnica básica para manejar a los preescolares. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder y es más o menos exitosa una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión. (Pinkham, 2001).

Mano sobre boca

En éste método, el odontólogo coloca su mano sobre la boca de un niño que llora de forma histérica. Con esto controla los berrinches y otros ataques de ira; ha de usarlo con el control con la voz. La técnica no busca asustar al niño, intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo. Esta técnica sigue siendo algo controversial por razones obvias. Desde el punto de vista psicológico puede ser provocativa para el niño. El método perdura en el repertorio de la mayoría de los odontólogos para manejar la conducta, tan sólo porque funciona con rapidez y, en consecuencia, es muy eficaz en la perspectiva del costo. (Pinkham, 2001).

Restricción física

Consiste en inmovilizar físicamente los movimientos inapropiados del niño durante un tratamiento dental. Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales. Esta técnica se emplea durante la cita, se limita a niños inmanejables. Esta técnica se puede sustituir con medicamentos o anestesia general. Estos son costosos y a veces peligrosos. Los principales candidatos para tal restricción son los niños muy pequeños (menores de 30 meses) que requieren tratamiento urgente para traumatismo, e infantes impedidos, incluso aquellos con retraso mental. (Pinkham, 2001).

Felicitar y Comunicar

Estos dos puntos se explican por sí solos. Toda la gente, incluso los niños, reacciona de manera favorable a las felicitaciones. Asimismo, la odontología pediátrica eficaz equivale a una comunicación eficiente del odontólogo con el niño y

viceversa. Felicitar y comunicar de manera eficaz con la técnica de decir, mostrar y hacer constituye una combinación inmejorable para el manejo dental infantil en los niños mayores de tres años de edad. (Pinkham, 2001).

Reducir la Ansiedad Materna

Este método se enseña en algunas escuelas de odontología de América del Norte. Se sabe que conforme disminuye la ansiedad de una madre (respecto a la cita dental de su hijo) ocurre lo mismo con la del niño. La acción de acercar en la clínica a un infante, atemorizando con otro “valiente” produce resultados favorables. (Ob.Cit.).

Sustancias Químicas (Óxido nitroso y oxígeno)

Esta técnica es muy popular en algunas partes de Estados Unidos, para manejar los comportamientos infantiles en el consultorio dental. Este sistema es muy provechoso para algunos pacientes; no obstante, no se indica para todo niño con problema de conducta, porque algunos se excitan en lugar de relajarse, si bien son pocos y esporádicos. Cuando el odontólogo utiliza el óxido nitroso combinado con oxígeno, ha de prever formas para presentar el equipo, la mascarilla nasal y las sensaciones que los niños habrán de experimentar. (Pinkham, 2001).

Uso de Fármacos

Es posible usar medicamentos para relajar o sedar a un paciente; por vía oral, inyección intramuscular, submucosa o intravenosa, o por vía rectal. Hay indicaciones publicadas para estos fármacos. Sin embargo, mientras más concentrado y, por tanto, potencialmente más útil sea un medicamento para amortiguar las alteraciones conductuales, mayor es el riesgo de que ocurran efectos secundarios vinculados con el fármaco. También, mientras más pequeño sea el paciente, mayor es el peligro de sobredosificarlo. La vigilancia de los signos vitales es esencial en niños sedados. (Pinkham, 2001).

Anestesia General

Como la anestesia general puede ser un procedimiento que pongan en peligro la vida, su uso deberá ser restringido a aquellos pocos casos donde esté específicamente indicada. Sólo cuando todos los demás métodos apropiados para el manejo del paciente han fracasado en el control de la conducta y la actividad física del niño, se deberá recurrir a ella. Se recomiendan que se hagan por lo menos dos intentos con otras técnicas de manejo en el consultorio, antes de elegir anestesia general. Tales intentos pueden incluir el uso de restricciones, premedicación, analgesia, o alguna combinación de ellos. Afirman que antes de intentar a un paciente en el hospital para anestesia general, siempre deben ser considerados dos factores: 1. Los costos hospitalarios y 2. Los riesgos asociados con el anestésico mismo. La anestesia general no es una técnica para ser empleada descuidadamente. (Andlaw, 1993).

Los niños que podrían requerir finalmente la anestesia general a fin de tratarlos incluyen los muy pequeños (menores de 3 años de edad) con caries extensivas (como la caries de biberón), los paralíticos cerebrales que no pueden controlar adecuadamente sus propios movimientos físicos y los mayores mentalmente impedidos en los que es imposible la restricción física. (Ob.Cit).

Desensibilización

Es una técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente una respuesta competente como la relajación, y luego se van introduciendo progresivamente estímulos más amenazante a medida que el paciente se “desensibiliza” frente a los rasgos productores de ansiedad de un procedimiento. (Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica, 1996).

La desensibilización sistemática pura es aplicada por psicólogos y requiere de numerosas sesiones, por lo cual es poco práctica en odontología y se deja para pacientes con fobias extremas, pero una modificación de ella es aplicable en odontología. En odontología, se hace uso frecuente de este enfoque, comenzando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, y dejando los más difíciles para

más adelante. Es así como primero se presentará los instrumentos que producen menos ansiedad (espejo, copas de goma, etc.) y gradualmente se van introduciendo los que pueden generar más ansiedad (explorador, pinzas, turbina, etc.). De manera similar, se deben realizar primero procedimientos que generan niveles de ansiedad bajos, y luego se pueden realizar procedimientos más complejos que podrían producir mayor ansiedad. Conjuntamente, se utiliza también el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, de Addelston en 1959. (Ob. Cit).

La relajación muscular requerida, puede lograrse con una respiración lenta y profunda, procurando mantener al paciente relajado física y mentalmente. La empatía, las expresiones amistosas y los intentos de hacer la visita lo más agradable posible, son de mucha utilidad para inhibir los estímulos que provocan ansiedad. (Ob. Cit).

Modelamiento

Consiste en el cambio de comportamiento que resulta de la observación de otra persona. También se llama “aprendizaje por imitación” y se ha utilizado mucho en el tratamiento de los temores infantiles. Un niño es capaz de aprender patrones de conducta por la observación de un modelo, en vivo o filmado. Las condiciones para que ello se logre son: a) el observador esté en estado de alerta, b) el modelo debe tener estatus, y c) debe hacer consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sea apreciadas por el observador. (Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica, 1996).

En la situación odontológica resulta beneficioso, el permitir la entrada del niño cuando se estén tratando a hermanos, o a niños que exhiban conductas colaboradoras. Cuando el niño observador pase al sillón manifestará una conducta parecida a la observada por el modelo. Para la efectividad de esta técnica, consiste en la aproximación gradual de los procedimientos, desde menor ansiedad a mayor ansiedad. Por lo general, no se utiliza para los procedimientos quirúrgicos. Si aconteciera la aparición de una conducta inadecuada durante el modelaje de una conducta, es necesario retroceder al paso anterior. (Ob. Cit)

Reforzamiento Positivo

Se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Los reforzadores pueden ser materiales o tangibles (juguetes, regalos), reforzadores sociales, que pueden ser verbales (elogios, felicitaciones, etc.) y refuerzos de actividad (participación en una actividad agradable, como ver una película, ir de campamento, jugar, etc.). para suministrar el refuerzo positivo de una manera efectiva, se hace necesario: a) especificar el comportamiento que se espera del niño, y b) aplicar inmediatamente el refuerzo positivo una vez que se ha producido la conducta adecuada. Una vez que el niño aprende la conducta deseada, un refuerzo intermitente mantendrá la conducta. El niño que presente una conducta inadecuada no debe recibir ningún refuerzo positivo. Esta técnica es la más común para motivar a los niños a aprender. La universalidad y practicabilidad de esta técnica la convierten en una herramienta obligatoria en Odontopediatría. (Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica, 1996).

Hipnodoncia

La mayor parte de los odontólogos emplean palabras confortantes para calmar los miedos y la aprensión de los pacientes con respecto a los procedimientos odontológicos. Aunque se puede emplear otros métodos para mejorar la respuesta del paciente. La hipnosis ofrece esta posibilidad, su uso en odontología a veces es designado como hipnodoncia. Esta no tiene desventajas significativas siempre que el odontólogo la considere como una alternativa para la conducta dirigida y no como la solución definitiva de todos los problemas de abordaje. La hipnodoncia puede ser aplicada en niños con lo que es posible la comunicación. Los niños comunicativos y los adolescentes son buenos sujetos hipnóticos, porque están familiarizados con los juegos de simulación y son influidos con facilidad por las sugerencias de los adultos. La inducción de un trance hipnótico es simple pero aprender a usar correctamente ese estado de trance es difícil hasta que se adquiere suficiente entrenamiento clínico. Por esta razón, los que emplean la hipnosis concuerdan en afirmar que el profesional debe

obtener entrenamiento de un grupo académico conocido o de unos de sus miembros afiliados. (Mc Donald y Avery, 1990).

Reentrenamiento

Los niños que requieren ésta técnica llegan al consultorio odontológico mostrando una aprensión considerable o conducta negativa. La conducta demostrada puede ser el resultado de una visita anterior o el efecto de una orientación incorrecta de los padres o los odontólogos. La determinación del origen del problema es útil, porque el problema podrá ser evitado mediante el empleo de otra técnica o minimizado o podrá usarse la distracción. Estos medios inician el programa de reentrenamiento que eventualmente lleva a la conformación de la conducta. El odontólogo cuando se encuentre con conductas negativas, siempre debe tener en cuenta que el objetivo es el de construir una nueva serie de asociaciones en la mente del niño. Si la expectativas del niño de ser lastimado no son reforzadas, puede aprender una nueva serie de expectativas. ¡El odontólogo será creíble! El niño desarrolla una nueva percepción del consultorio odontológico y una nueva relación con la odontología, y las conductas inaceptables aprendidas anteriormente se extinguen. El estímulo debe ser alterado para generar un cambio en la respuesta. (McDonald y Avery, 1990).

Sistema de Variables

Según Sanabria y Sierra (1996), “Las variables son características constantes o no del problema, o situación bajo estudio”. (p.6). Por consiguiente las variables dependiendo del tipo de investigación se pueden clasificar en variables independientes las cuales representan la causa o razón, cuya influencia se pretende descubrir, es decir que son los elementos que manipula el investigador, para producir cambios en las variables dependientes, éstas últimas representan los efectos acerca de los cuales se busca explicación.

La **variable** sometida a estudio en ésta investigación es la siguiente: Conocimiento que poseen los estudiantes de 3er año de odontología sobre las diversas técnicas de adaptación.

Definición Conceptual: Es lograr y mantener la colaboración del niño al tratamiento odontológico, mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje, por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la Odontología.

Definición Operacional: Consiste en aplicar una prueba objetiva a 54 Estudiantes de 3er año de Odontología equivalente al 30% de la muestra, de una población de 180 alumnos. Esta muestra se tomo al azar simple.

Definición de Términos

Abordaje: Accesible, tratable. Acción de abordar dos embarcaciones.

Adaptación: Proceso individual de internalización de modelos, valores y símbolos del medio social propio a fin de participar en el tipo de conducta y en los objetivos de dicho medio.

Afable: Agradable, suave en la conversación y en el trato.

Ansiedad: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

Disruptiva: Que produce ruptura brusca.

Hipnosis: Estado provocado por una tercera persona con disolución de la conciencia del mundo exterior y con capacidad para obedecer las normas dadas por el hipnotizador.

Homeostático: Significar los múltiples delicados mecanismo biológico autorreguladores que mantienen a un nivel estable las constantes biológicas y las funciones orgánicas.

Hostiles: Contrario o enemigo.

Indulgencia: Facilidad en perdonas o disimular las culpas o en conceder gracias.

Infligir: Herir, golpear. Hablando de castigos y penas corporales, imponerlas, condenar a ellas. Producir un daño.

Obliteración: Obstrucción o cierre de un conducto o parte de un órgano de un ser vivo.

Opresión: Ejercer presión.

Placebo: Sustancia sinacción farmacológica propia que se administra generalmente a los enfermos nerviosos que tienen la necesidadde recibir la impresión de que se les cuida activamente.

Represión: Corregir, amonestar, vituperando o desaprobando lo que ha dicho o hecho.

Sugestión: Acto de implantar ideas o sentimientos en elánimo de los hombres, sin conciencia plena del que los recibe. Puede realizarse en todos los momentos de la vida.

Técnica: Conjunto de procedimientos de que se sirve una ciencia, arte o habilidad.

Cuadro de Operacionalización de Variable

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Sub-Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>
Conocimientos sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.	Es lograr y mantener su colaboración al tratamiento, mediante un proceso de enseñanza – aprendizaje, por el cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva hacia la Odontología.	Se aplicó una prueba objetiva al 30% de la población equivalente a 54 Estudiantes de 3er año de Odontología, de una población total de 180 alumnos. Ésta muestra se tomó al azar simple.	Dominio de las técnicas de adaptación.		Si No Algunas
			Diversidad de técnicas de adaptación.	Experiencia previa a la cita Decir, Mostrar y Hacer Control mediante la voz Mano sobre la boca Restricción física Felicitación y comunicar Reducir la ansiedad materna Sustancia química Uso de fármacos Anestesia general Desensibilización Modelamiento Reforzamiento positivo Hipnodoncia Reentrenamiento	Las conoce Las emplea
			Necesidad de cátedras de Psicología en la carrera.		Si No
			Experiencia		Positiva Negativa

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva, que según Salkind (1998) “se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio”. (p.12). También Cerda (1998), la define en donde “se deben describir aquellos aspectos más característicos distinto y particulares de estas personas, situaciones o cosas, o sea, aquellas propiedades que las hacen reconocibles a los ojos de los demás”. (p.71). De tal manera se describe que tanto conocen los alumnos cursantes del 3er año de odontología sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.

Diseño de la Investigación

La modalidad de este estudio es de campo, la cual sabino (1986), lo define como “Los que se refieren a los métodos a emplear cuando los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo”. (p.77). Por esto la modalidad de campo se adaptó a esta investigación por medio de una prueba que se le aplicó a los alumnos del 3er año de Odontología cursante de la asignatura de Odontopediatría I.

El diseño que se utilizó en esta investigación no experimental, fue el Transeccional, que según Hernández (1991) “Son datos que se recolectan en un solo momento, en un tiempo único”.(p.191). En esta investigación se le aplicó el instrumentos a los alumnos del 3er año de Odontología del período académico 2004 – 2005.

Población y Muestra

La población la define Jany (1994), como “la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia”(p.48). En la presente investigación fue a una población finita y estuvo representada por 180 estudiantes del 3er año de odontología cursante de la asignatura Odontopediatria I, del período académico 2004 – 2005.

La muestra la define Tamayo y Tamayo (1997), “cuando seleccionamos algunos de los elementos con la intención de averiguar algo sobre la población de la cual esta tomado”.(p.114). En esta investigación se usó una muestra aleatoria o probabilística simple o al azar, la cual la define el mismo el autor como “el elemento más común para obtener una muestra representativa es la selección al azar – aleatoria – es decir, que cada unos de los individuos de la población tiene la misma posibilidad de ser elegido”.(p.116). En ésta investigación se utilizó una muestra del 30% de la población, la cual equivale a 54 estudiantes del 3er año de Odontología. Se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{S^2}{\frac{\epsilon^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

Donde;

- n** = Tamaño necesario de la muestra.
- Z** = Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza. (95% o $\alpha=0,05$, $Z = 1,96$; 99% o $\alpha=0,01$, $Z = 2,58$)
- S** = Desviación estándar de la población (conocida o estimada a partir de anteriores estudios o de una prueba piloto).
- ϵ** = Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que se está dispuesto a aceptar con el nivel de confianza que se ha definido.
- N** = Tamaño de la población.

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Debido a la investigación y al problema planteado se empleó como técnica y como instrumento una prueba objetiva de selección múltiple, la cual permitió una obtención de la información necesaria de los alumnos del 3er año de Odontología cursante de Odontopediatría I en cuanto a sus conocimientos sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, comprendido en el período académico 2004 – 2005.

Validez y Confiabilidad

La validez del contenido de la prueba objetiva que se aplicó estuvo dada por la concordancia existente entre los reactivos del instrumento con respecto a los objetivos específicos, la variable, dimensiones e indicadores. En este sentido, la prueba objetiva fue revisada a través de juicio de expertos, dos (2) Odontólogos Odontopediatra y un (1) especialista en Metodología, a los cuales se les entregó la tabla de operacionalización de variable, la prueba objetiva, con la finalidad de establecer la organización, claridad, pertinencia y adecuación de los ítems.

Para determinar la validez de construcción y la confiabilidad del instrumento que se aplicó a los Estudiantes de 3er año en las áreas clínicas, se le realizó una prueba piloto con 10 de ellos.

Por otra parte, la confiabilidad es el criterio que se refiere al grado con el cual los individuos de una muestra, un instrumento o procedimiento garantizan repetidas oportunidades de participación o aplicación, generándose así iguales resultados, en la misma unidad de observación o medición. (Puertas, 1998)

La confiabilidad del instrumento que se aplicó a los sujetos se obtuvo a través del método de alfa-Cronbach, según Sampieri (2000) comenta que “requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscila entre 0 y 1.” (p. 242). Siendo un valor aceptable de 0,7 a 1.

Para la determinación de la confiabilidad de ésta investigación, los resultados obtenidos con ésta formula fueron los siguientes:

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \left(1 - \left[\frac{\sum S^2 / Items}{S^2 T (Puntajes Totales)} \right] \right)$$

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left(1 - \left[\frac{2.5/10}{14.8} \right] \right)$$

$$\alpha = \frac{10}{9} \left(1 - \left[\frac{0.2}{14.8} \right] \right)$$

$$\alpha = 1.1 [1 - 0.02]$$

$$\alpha = 0.9$$

Este valor $\alpha=0.9$ se considera aceptable

En función de los resultados obtenidos puede decirse que el instrumento aplicado es valido y los resultados obtenidos a través de el son confiables.

Procesamiento y análisis de los datos

Una vez obtenido la información requerida para el logro de los objetivos propuestos, la misma se organizó, tabuló, codificó y graficó con la finalidad de describir sus tendencias. A dicha información se le aplicó un tratamiento estadístico descriptivo.

Procedimiento:

1. Se realizó la revisión del material bibliográfico otras fuentes relacionadas con el problema en estudio.
2. Se elaboró el instrumento.
3. Este fue validado por los expertos.
4. Se seleccionaron al azar simple a los Estudiantes de 3er año de la Facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.
5. Se aplicó el instrumento.
6. Se analizaron los datos y resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenida la información requerida para el logro de los objetivos propuestos, la misma se organizó, tabuló, codificó y graficó con la finalidad de describir sus tendencias. A dicha información se le aplicó un tratamiento estadístico descriptivo.

Como técnica estadística se empleó el análisis porcentual realizado en Excel, la que permitió agrupar los resultados y expresarlos en porcentajes de frecuencia, específicamente de los indicadores diseñados para cumplir los objetivos de la presente investigación. Se incluye además el análisis y las interpretaciones a continuación de cada una de las tablas y gráficos de forma cuantitativa.

Con respecto al objetivo específico N° 1 el cual expresa: Determinar el dominio de las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica por parte del estudiante del 3er año de Odontología, los resultados se presentan a continuación:

Cuadro N° 1

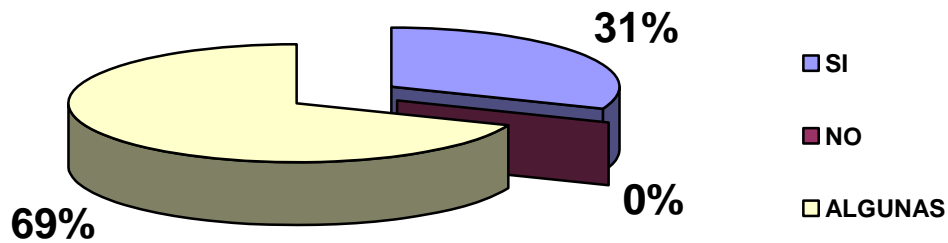
Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con el dominio de las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica por parte de los Estudiantes de 3er año de Odontología.

DIMENSIÓN: Dominio de las técnicas de adaptación

INDICADORES: Si, No y Algunas

ITEMS	N° DE RESPUESTAS	PORCENTAJE (%)
Si	17	31
No	0	0
Algunas	37	69
TOTAL	54	100

Fuente: Peña y Raas, 2005.



Fuente: Peña y Raas, 2005.

Gráfico N° 1

Análisis e interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos el 31% de los Estudiantes de 3er de Odontología, de la Universidad de Carabobo, afirmaron que dominar las diversas técnicas de adaptación a la consulta odontológica, por el contrario ninguno (0%) manifestó no dominar estas técnicas, y el 69% de los estudiantes refieren dominar algunas de las diversas técnicas de adaptación. Teniendo

en cuenta que las técnicas de adaptación no son más que aquellos procedimientos que crean cambios en el comportamiento del niño, ampliando sus destreza e incrementando autocontrol disminuyendo o eliminando su ansiedad (Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica, 1996). El conocimiento y dominio de las diversas técnicas de adaptación llevaran al mejor abordaje psicológico del niño. Figueroa (1996), afirma que el odontólogo “debe tener conocimiento teórico y un entrenamiento adecuado acerca de las técnicas de abordaje psicológico en niños” (p.22).

Con relación al objetivo específico N° 2 el cual expresa: Determinar las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, conocidas y empleadas por los estudiantes investigados, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro N° 2

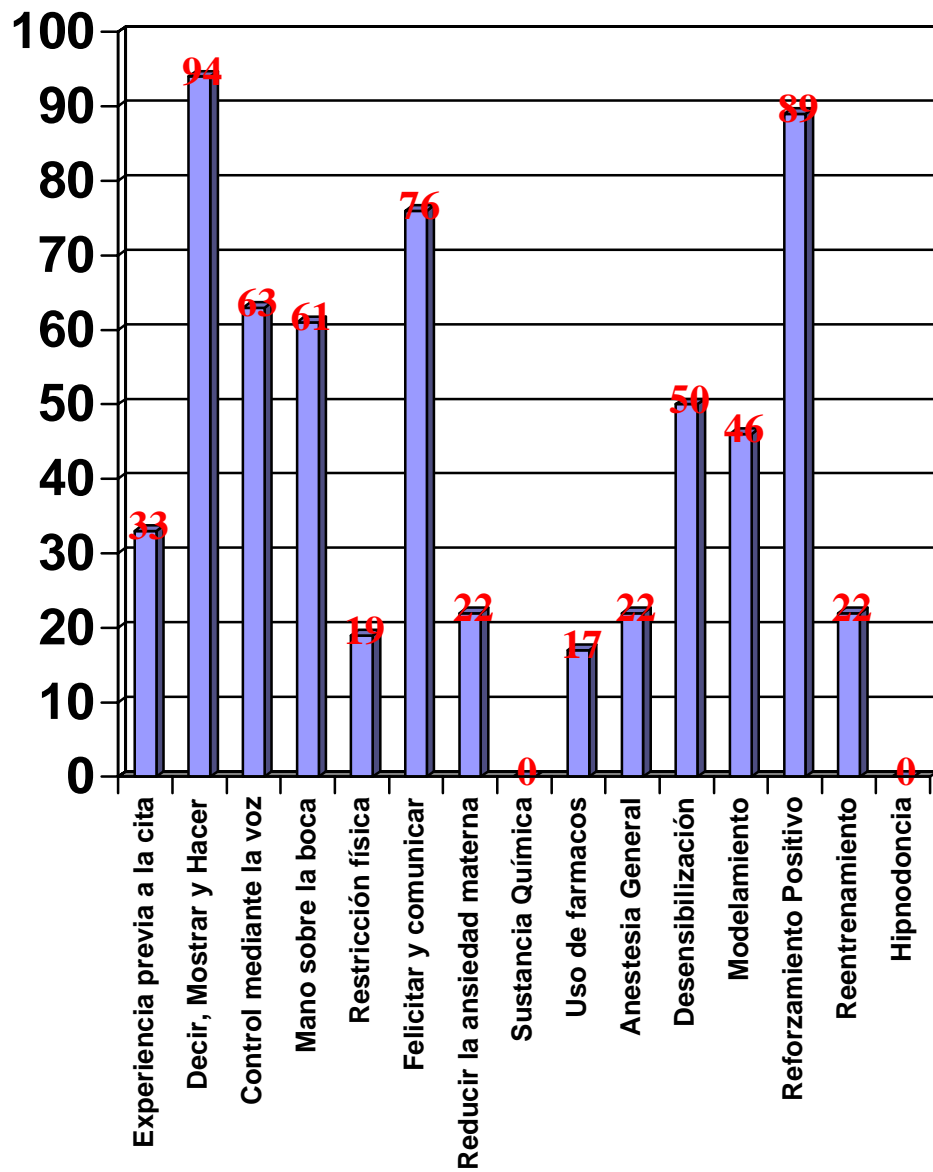
Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con el conocimiento y empleo de las diversas técnicas de adaptación a la consulta odontológica por parte de los Estudiantes de 3er año de Odontología.

DIMENSIÓN: Diversidad de Técnicas de Adaptación

INDICADORES: Conocimiento y empleo de las técnicas de adaptación

ITEMS	Nº DE RESPUESTAS	PORCENTAJE (%)
Experiencia previa a la cita	18	33
Decir, Mostrar y Hacer (DMH)	51	94
Control mediante la voz	34	63
Mano sobre la boca	33	61
Restricción física	10	19
Felicitar y comunicar	41	76
Reducir la ansiedad materna	12	22
Sustancia Química	0	0
Uso de fármacos	9	17
Anestesia General	12	22
Desensibilización	27	50
Modelamiento	25	46
Reforzamiento positivo	48	89
Reentrenamiento	12	22
Hipnodoncia	0	0

Fuente: Peña y Raas, 2005.



Fuente: Peña y Raas, 2005.

Gráfico N° 2

Análisis e interpretación: De acuerdo al análisis porcentual arrojado en el cuadro N°2 establece que los Estudiantes de 3er año de Odontología manifestaron conocer sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, teniendo el mayor porcentaje la técnica Decir, Mostrar y Hacer (94,4%), siguiéndole la técnica

de reforzamiento positivo (88,9%) la de felicitar comunicar con 75,9%, éstas técnica son las más conocidas y empleadas por los Estudiantes del 3er año, Pinkham (2001), comenta que la técnica Decir, Mostrar y Hacer (DMH) equivale a la columna vertebral de la fase educacional para la preparación del paciente de la fase educacional para la preparación del paciente pediátrico dental relajado y tolerante (Cooperador) y ha permanecido como piedra angular de la dirección de la conducta. El mismo autor comenta que la técnica felicitar y comunicar de manera eficaz con la técnica DMH constituye una combinación inmejorable para el manejo dental del niño, más que todos en los mayores de tres años. Según los Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica (1996), la técnica de reforzamiento positivo es la técnica más común para motivar a los niños a aprender la universalidad y practicabilidad de ésta técnica la convierte en una herramienta obligatoria en Odontopediatría.

Un 63% manifestó la técnica de control mediante la voz, y un 61% manifestó conocer y dominar mano sobre la boca, éstas dos técnicas se utilizan para adaptar niños no cooperadores a la consulta odontológica, por medio del control mediante la voz requiere del Odontólogo más autoridad durante la comunicación con el niño, proyectar la intención de “soy quien manda aquí”, ésta es una técnica básica mano sobre la boca; con ésta técnica se controla los berrinches y otros ataques de ira del niño, se debe usar con el control mediante la voz, se busca es la atención y silencio para que pueda escuchar al Odontólogo. (Pinkham, 2001)

La técnica de Desensibilización con 50%, es una técnica utilizada para reducir los temores la tensión del paciente una modificación de ésta técnica es la que es aplicable en Odontología, comenzando con procedimientos más fáciles y menos amenazantes, y dejando los más amenazantes para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque DMH. (Conceptos Básicos de Odontología Pediátrico, 1996).

El Modelamiento con un 46%, ésta técnica también se llama “aprendizaje por imitación” y se ha utilizado mucho en el tratamiento de los temores infantiles. Refleja que el niño aprende patrones de conducta por la observación de un modelo en vivo o filmado. (Ob. Cit.)

Y el resto de técnicas con un porcentaje de 33% la de experiencia previa a la cita, 22% las técnicas de Reentrenamiento, Anestesia General y Reducir la ansiedad materna, con un 19% la técnica de restricción física y un 17% la de uso de fármacos, y un desconocimiento por completo (0%) de las técnicas de Hipnodoncia el uso de Sustancias Químicas (Óxido Nitroso y Oxígeno). Comenta Mc Donald y Avery (1990) que para aplicar la Hipnodoncia se necesita de un entrenamiento por parte del Odontólogo por un grupo académico conocido. En cuanto a la utilización del óxido nitroso oxígeno, ésta técnica es muy popular en algunas partes de Estados Unidos, no se indica para todo niño con problema de conducta, se debe estar capacitado y prever formas para presentar el equipo, la mascarilla nasal y las sensaciones que los niños habrán de experimentar. (Pinkham, 2001).

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, no se dispone con todos estos equipos y materiales a nivel de Pre-grado, a pesar que a nivel de Post-grado hace poco ya se cuenta con la utilización de Anestesia General, para esos niños no-cooperadores y que presenta imposibilidades físicas y mentales. Hay otras técnicas que por falta de tiempo por parte de los Estudiantes y Profesores, porque así se lo exigen, el año académico es muy corto para dar a conocer y emplear tantas técnicas de adaptación. Y hay otras técnicas que se utiliza a diario en clínica por los Estudiantes, que es la técnica universal Decir, Mostrar Hacer (DMH), también la de felicitar y comunicar, y la de reforzamiento positivo.

Con relación al objetivo específico N° 3 el cual expresa: Demostrar que en la carrera de Odontología se necesita de cátedra de Psicología para la atención del niño, de acuerdo a la opinión de los estudiantes seleccionados en la muestra, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro N° 3

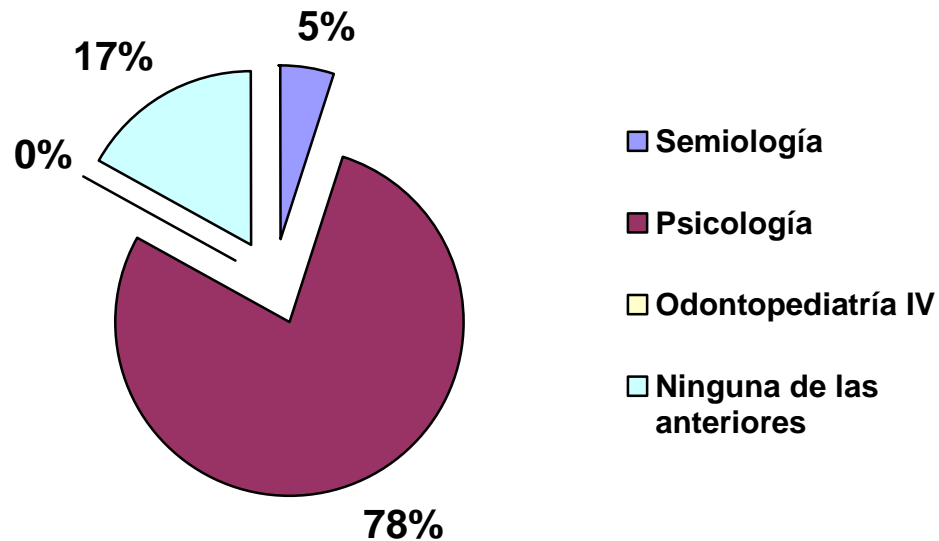
Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con anexar Cátedras de Psicología al pensum de la carrera de Odontología de la Universidad de Carabobo, según estudiantes de 3er año, para la atención y manejo del niño.

DIMENSIÓN: Necesidad de cátedras de Psicología en la carrera.

INDICADORES: Si y No.

ITEMS	N° DE RESPUESTAS	PORCENTAJE (%)
Semiología	3	5
Psicología	42	78
Odontopediatría IV	0	0
Ninguna de las anteriores	9	17
TOTAL	54	100

Fuente: Peña y Raas, 2005.



Fuente: Peña y Raas, 2005.

Gráfico N° 3

Análisis e interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos, los Estudiantes de 3er año de Odontología manifestaron con un 5% que la materia a anexar en el pensum de estudio de su carrera para la adaptación del niño a la consulta debe ser Semiología,

ésta materia no es más que el estudio de los signos de las enfermedades. (Encarta, 2003).

Otro 78% siendo el más alto porcentaje, afirma que debería anexarse la cátedra de psicología, entendiendo por ésta, que es la ciencia que estudia la conducta y los procedimientos de adaptación de la persona al medio ambiente. (Enciclopedia Sopena del Hogar, 1995). Según Figueroa (1996) refiere que, el manejo de la conducta infantil a través del abordaje psicológico exige un esfuerzo educacional amplio.

Un 0% de Odontopediatría IV, consideran que ya hay suficientes Odontopediatría. Y un 17% manifestó que no desea que incluya en su pensum ninguna de las cátedras antes mencionadas, ya sea por la carga académica o porque no creen necesario la inclusión de éstas cátedras.

Con respecto al objetivo específico N° 4 el cual expresa: Determinar la experiencia positiva y negativa obtenida por parte del estudiante de 3er año, en cuanto al empleo correcto de las técnicas de adaptación en la consulta odontológica. Los resultados se presentan a continuación:

Cuadro N° 4

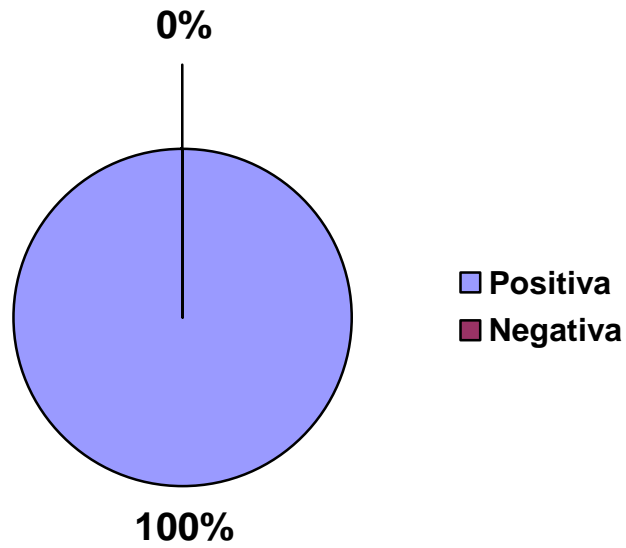
Distribución de frecuencia y porcentaje relacionado con la experiencia positiva y negativa obtenida por el estudiante de 3er año con respecto al empleo correcto de las técnicas de adaptación en la consulta odontológica.

DIMENSIÓN: Experiencia

INDICADORES: Positiva y Negativa.

ITEMS	N° DE RESPUESTAS	PORCENTAJE (%)
Positiva	54	100
Negativa	0	0
TOTAL	54	100

Fuente: Peña y Raas, 2005.



Fuente: Peña y Raas, 2005.

Gráfico N° 4

Análisis e interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos, los estudiantes refieren en un 100% de que empleando correctamente las diversas técnicas de adaptación a la consulta odontológica, la experiencia sería positiva a la misma, y un 0% manifestó que no.

CONCLUSIONES

En éste estudio se tomó una población de 180 Estudiantes de 3er año de odontología de la Universidad de Carabobo, de los cuales se seleccionó de muestra un 30%, esto equivale a 54 estudiantes. Teniendo ésta investigación como principal objetivo determinar los conocimientos que poseen éstos estudiantes sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica. Una vez obtenido los resultados de dicha investigación se formularon las siguientes conclusiones:

En relación con el objetivo específico N° 1 se tiene que:

- El estudiante de 3er año de Odontología domina sólo algunas (69%) técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.

En relación al objetivo específico N° 2 se encontró que:

- Los estudiantes en estudio, más conocen y emplean son las técnicas de; Decir, Mostrar y Hacer (94%), seguidamente la Técnica Reforzamiento Positivo (89%), Técnica de Felicitar y Comunicar (76%), Control mediante la voz (63%) y Mano sobre la boca (61%). Por lo que se puede decir, que los estudiantes poseen poco conocimiento de las diversas técnicas de adaptación, por lo que limita el empleo de dichas técnicas.

En relación al objetivo específico N° 3 se obtuvo:

- Que en la carrera de Odontología de la Universidad de Carabobo, es necesario anexas Cátedras de Psicología (78%) para el conocimiento de las conductas y procedimientos de adaptación del niño a la consulta odontológica.

En relación al objetivo específico N° 4 se considera que:

- El conocimiento y empleo correcto de las técnicas de adaptación, va a determinar la experiencia positiva (100%) del niño en la consulta odontológica.

Después de haber concluido este trabajo de investigación, se puede decir que el conocimiento que deben poseer los Estudiantes de 3er año Odontología de la Universidad de Carabobo, tiene que ser más extenso, ya que son futuros Odontólogos y deben aprender desde ahora a convivir con el niño en la consulta, para poder despertar dentro de estos estudiantes la sensibilidad, el conocimiento, la razón y la verdadera disciplina que implica ésta carrera, y aún más en Odontopediatría, que se ésta trabajando con niño, ya que es un ser humano y necesita atención, y es de obligación brindársela.

RECOMENDACIONES

Una vez alcanzados los Objetivos Específicos de la Investigación se recomienda:

- Diseñar un nuevo Plan de Evaluación en el Área Clínica de Odontopediatría I, para motivar e integrar al estudiante de 3er año de la Carrera a conocer y dominar las diversas técnicas de adaptación a la consulta odontológica.
- Reforzar y actualizar todos los conocimientos que poseen los Estudiantes de 3er año de Odontología mediante Foros, Seminarios y Cursos de Técnicas de Adaptación.
- Dotar a la Facultad de odontología de equipos y materiales que sean utilizados para la aplicación de las diversas técnicas de adaptación.
- Reformar el pensum de la carrera de Odontología, permitiendo agregar cátedras de Psicología, la cual permitirá conocer las diversas conductas y los procedimientos de adaptación del niño a la consulta odontológica.
- Que la 1era Clase de Odontopediatría I, fuese “Técnicas de Adaptación al niño a la consulta odontológica”, ya que así el estudiante del 3er año de odontología tenga los conocimientos y así pueda aplicarlos desde la 1era guardia, y no después de las experiencias obtenidas, ya sean positiva o negativa, ante cualquier situación o conducta del niño sepan que hacer.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal T., Cesar Augusto. (2000). Metodología de la Investigación para Administración y Economía. Prentice – Hall. Bogotá – Colombia. p.222.
- Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- Cátedra de Odontología Pediátrica de la Universidad Central de Venezuela (UCV). (1996). Conceptos básicos de odontología pediátrica. Editorial Disinlimed, C.A. Caracas – Venezuela.
- Cerda, Hugo (1998). Los Elementos de la Investigación. El buho. Bogotá. p.71.
- Egozcue, María I., Manfredi, Clelia y Basso, Martha L. (1988). Odontopediatría y Psicología. Ediciones Kargiemán. Buenos Aires – Argentina.
- Giunta, Claudia y Gómez, Daniela. (2001). Adaptación del niño a la consulta Odontológica. Trabajo de Investigación. Universidad de Carabobo. Valencia - Venezuela.
- Hernández, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. Mc Graw – Hill. México. p.191.
- Koch, Goran, Moderé, Thomas, Poulsen, Suen, y Rasmussen, Per. (1994). Odontopediatría enfoque clínico. Editorial médica Panamericana, S.A. Buenos Aires – Argentina.
- Mc Donald, R. y Avery, D.. (1990). Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina.
- Pinkham, J. (2001). Odontología Pediátrica. (3° Edición). Mexico: Mc Graw- Hill Interamericana.
- Querales, María E. y Rodríguez, Annia. (2002). Manejo y adaptación del niño con experiencias traumáticas en la consulta odontológica. Trabajo de Investigación. Universidad de Carabobo. Valencia - Venezuela.

Sabino, Carlos (1986). El Proceso de la Investigación. Parrapo. Caracas – Venezuela. p.77.

Salkind, Neil (1998). Métodos de Investigación. Prentice – Hall. México. p. 12

Sampieri, Roberto, Fernández, Carlos y Baptista, Pilar: (2000). Metodología de la Investigación. McGraw- Hill. 2da Edición.. México

Tamayo y Tamayo, Mario (1997). El proceso de la Investigación Científica. Limusa. México. p114 y 116.

Referencia de Trabajos en Línea

<http://www.encolombia.com/oropedivol/197-guiademanejo9-4.htm>. Anestesia general. Una estrategia de manejo de odontopediatría. Alexandra Saldarriaga Cadavid. Página web visitada en Septiembre del 2004.

<http://www.encolombia.com/oropedivol/197-guiademanejo9-2.htm>. Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. Juan Manuel Cárdenas Vásquez. Pagina web visitada en Agosto del 2004.

<http://www.encolombia.com/oropedido1/197.-guía de manejo9-6.htm>. Guía para el manejo del paciente pediátrico bajo sedación interactuada. Claudia Zoraida López Ramírez. Página Web visitada en Septiembre del 2004.

<http://www.terra-salud.com>. La psicología del niño en la Odontopediatría. William Carrasco. Web visitada en Agosto del 2004.

A N E X O S

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

PRUEBA OBJETIVA

A continuación se le presenta una prueba, de opciones múltiples para que seleccione la que Ud considere la correcta. Le agradecemos dar respuesta a todas las preguntas. Los resultados de esta prueba van a ser confidencial.

1. ¿Cuál de estos procedimientos cree Ud. que provoca miedo al niño al momento de la consulta, impidiéndole la adaptación a ésta?
 - a) Llenado de Historia Clínica
 - b) Exodoncia
 - c) Topificación de Flúor
 - d) Profilaxis

2. ¿Domina las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Algunas

3. Cuales de las siguientes técnicas de Adaptación Ud. conoce?. Seleccione solo las que conoce.

Experiencia previa a la cita_____	Uso de fármacos_____
Decir, Mostrar y Hacer (DMH)_____	Anestesia general_____
Control mediante la voz_____	Desensibilización_____
Mano sobre la boca_____	Modelamiento_____
Restricción física_____	Reforzamiento Positivo_____
Felicitar y comunicar_____	Reentrenamiento_____
Reducir la ansiedad materna_____	Hipnodoncia_____
Sustancia química (óxido nitroso)_____	

4. ¿Al momento de adaptar un niño Cooperador a la consulta odontológica, que técnica usaría?
- a) DMH (Decir-Mostrar-Hacer)
 - b) Restricción física
 - c) Hipnosis
 - d) Administración de fármacos sedativos
5. ¿Qué técnica usaría para un niño No-Cooperador en potencia?
- a) Control mediante la voz
 - b) Anestesia General
 - c) Felicitar y Comunicar
 - d) Desensibilización
6. ¿Qué técnica usaría para un niño No-Cooperador?
- a) Reforzamiento positivo (obsequios)
 - b) Técnica de mano sobre la boca
 - c) Anestesia general
 - d) DMH
7. ¿Que materia cree Ud. que se puede anexar en el pensum de estudio de su carrera, que sea necesaria para adaptar al niño a la consulta?
- a) Semiología
 - b) Psicología
 - c) Odontopediatría IV
 - d) Ninguna de las anteriores
8. ¿Cual cree Ud. que se la actitud del operador y los asistente al momento de adaptar al niño a la consulta?
- a) Hostiles
 - b) Gritones
 - c) Amables
 - d) Consentidores
9. ¿Cree Ud. que conociendo y empleando correctamente las técnicas de adaptación al momento de la consulta la experiencia sería?
- a) Positiva
 - b) Negativa

GRACIAS POR SU TIEMPO!

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BÁRBULA – EDO. CARABOBO
PRESENTE-

Valencia, ___ de Enero del 2005

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle su ayuda en el cumplimiento de los objetivos de la tesis que lleva por título: **“Conocimientos que poseen los Estudiantes de 3er año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, sobre las Diversas Técnicas de Adaptación del Niño a la Consulta Odontológica, en el período 2004 – 2005”**, que ésta siendo llevada a cabo por los Bachilleres **Elimar Peña y Eddy Raas**, estudiantes del 5to año de la carrera de Odontología, como requisito para obtener el título de Odontólogo.

Para cumplir dicho fin, se diseñó una **Prueba Objetiva** orientada a los estudiantes de 3er año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, el cual anexamos y le pedimos que evalúen lo más sincero y objetivamente posible. Dicho instrumento contiene preguntas acerca de los conocimientos claves que poseen los estudiantes de 3er año de Odontología sobre las diversas técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica.

Se anexo los Objetivos de la Investigación, el cuadro de operacionalización de variable, la prueba a evaluar y el Formato para validar el instrumento.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Atentamente;

ELIMAR PEÑA

EDDY RAAS

