



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

298
2º

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÉCNICAS REACONDICIONADORAS
PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO.
REVISIÓN Y ESTUDIO COMPARATIVO

TESINA

Vo BO

[Handwritten signature]
14 mayo 96.

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

CUAUHTEMOC MUÑOZ TABOADA
VERÓNICA PATRICIA TEPOS PÉREZ

Asesor:

C.D. M.O. EMILIO C. BELTRÁN LARA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

1996



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesis se la dedicamos a todas las personas que nos apoyaron durante el transcurso de nuestra formación como profesionistas. Así como en la elaboración de la misma.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por ser nuestra casa de estudio.

A nuestros padres por su apoyo e impulso, porque gracias a ellos cumplimos nuestra meta.

Muy especialmente a la memoria de mi tío, Profesor Abel Sánchez, como demostración de respeto y afecto, ya que gracias a su ayuda fue posible la culminación de mis estudios.

Gracias por tu apoyo y dedicación.

Cuauhtemoc.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	
1. MARCO HISTÓRICO	3
2. DESENVOLVIMIENTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.	6
2.1. El recién nacido	6
2.2 Tres meses de edad	7
2.3. Cinco a diez meses de edad.	7
2.4 . El niño de un año.	8
2.5. A la edad de año y medio.	8
2.6. El niño de dos años.	9
2.7. A los tres años.	9
2.8. Cuatro años de edad.	10
2.9. El niño de cinco y seis años.	10
2.10. El niño en los años de la preadolescencia .	11
2.11. De los doce a los catorce años.	11
2.12.- Adolescencia.	11

3. LOS PADRES, LA ESCUELA Y EL MEDIO AMBIENTE COMO FACTORES QUE DETERMINABA LA FORMACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.	12
3.1. Influencia de los padres	12
3.1.1. Sobreafección	12
3.1.2. Sobreprotección	12
3.1.3. Sobreindulgencia.	13
3.1.4. Sobreansiedad.	13
3.1.5. Sobreautoridad.	14
3.1.6. Poca afección.	14
3.1.7. Rechazo del niño.	14
3.1.8. El hijo único.	14
3.1.9. El hijo adoptivo.	15
3.1.10. Enfermo sistémico.	15
3.2. Influencias de la escuela.	15
3.3. Influencias del medio ambiente.	16
3.3.1. Ambiente socioeconómico.	16
3.3.2. Ambiente cultural.	16
3.3.3. Estado de salud del paciente.	16
4. ESTADOS EMOCIONALES DEL PACIENTE INFANTIL.	18
4.1. El niño tímido.	18

4.2. El niño incorregible.	19
4.3. El niño desafiante.	21
4.4. El niño miedoso.	21
4.5. El niño enfermo.	22
5. CATEGORÍAS DE CONDUCTA.	23
6. RASGOS DE PERSONALIDAD DEL ODONTÓLOGO.	25
7. REACCIONES A LAS EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS.	27
7.1. La sugestibilidad.	27
7.2. La curiosidad.	28
7.3. La desconfianza.	28
7.4. El miedo.	29
7.5. Ansiedad.	29
7.6. Resistencia.	29
7.7. Timidez.	30
7.8. Agresión y conducta desafiante.	30
8. TÉCNICAS DE MANEJO DEL NIÑO.	32
8.1. Experiencia previa a la cita.	34
8.2. Modelamiento.	34
8.3. Felicitar y comunicar.	35

8.4. Decir, mostrar, hacer.	36
8.5. Control mediante la voz.	37
8.6. Manos sobre boca.	37
8.7. Restricción física.	38
8.8. Premedicación.	38
8.9. Anestesia general.	42
8.9.1. Oxido Nitroso.	45
9. ESTUDIO COMPARATIVO.	46
9.1. Desarrollo descriptivo.	46
9.2. Resultados.	54
CONCLUSIONES.	57
BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN.

Los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo con reacciones y patrones de conducta que los distinguen claramente de los adultos.

Además el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos o modificándolos. Este cambio es quizá una razón para que la reacción del niño en el consultorio sea variada.

También hay que tener en cuenta que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica, por lo que el manejo que haga el odontólogo de la conducta indeseable en el consultorio, debe enfocarse en la conducta misma más que en la edad del niño.

Aunque la odontología infantil es factible, no todos los odontólogos disfrutan el trabajo con los niños. Cualquier dentista que atiende con regularidad a preescolares enfrenta un poco de llanto, brincoteo, pataleo y berrinches, así como una conducta de evasión. Hacer frente a esta clase de comportamientos y dedicar energía a la interpretación de tales conductas, exaspera a ciertos odontólogos.

A través de nuestra formación como Cirujanos Dentistas, nos hemos dado cuenta que la atención en la Facultad de Odontología es de

alto nivel, pero existe deficiencia en el manejo de las técnicas de control del niño, ya que hay una diversidad de opiniones nos vimos en la tarea de conjuntar todas las técnicas y establecer un grado comparativo del manejo de las mismas, dándonos cuenta de la importancia de establecer en nuestra facultad una línea de investigación de campo.

1. MARCO HISTÓRICO.

Aunque en la antigüedad se elogiaba la higiene oral, las enfermedades dentales solían considerarse un castigo de los Dioses por ofensas infligidas a ellos. Posteriormente la caries dental se atribuyó a fluidos corporales vaciados o, a gusanos.

Los únicos temas relacionados con la odontopediatría dentro de las épocas griegas y romanas que se tratan son los problemas de la dentición (Hipócrates, 460-377 a. de J.C.; Galeno, 130-200 d. de J.C.), los dientes de leche persistentes (Celso, 25 a. de J.C. 50 d. de J. C.) y la presencia de dientes erupcionados en recién nacidos (Plinio el viejo 23-79 d. de J.C.).

Fué hasta 1728 en donde Pierre Fauchard por su trabajo “Le chirurgien dentiste ou traité des dens” fué considerado el Padre de la Odontología.

Por el contrario, los problemas dentarios del niño se tratan en profundidad en la obra de Robert Burnon “Essay sur les maladies des dens”, en 1743 Burnon subrayó repetidamente la importancia de hábitos dietéticos adecuados para la prevención de las enfermedades dentales, por lo cual se le dió el título de Padre de la Odontología Pediátrica.

En 1870 John Greenwood se dedicó exclusivamente a la odontología pediátrica en N.Y.

A comienzos del siglo XIX C:F: Delabarre prestó asistencia dental gratuita a los niños de los superpoblados orfanatos durante la guerra de Francia.

En 1851 fué propuesto el primer proyecto de una asistencia dental periódica por A:F: Talma en Bélgica, proyecto que no se llevó a cabo.

En 1902 se abrió en Estrosburgo la primera clínica dental municipal para niños bajo la dirección del danés Ernst Jessen. En las décadas siguientes las comunidades importantes en los países nórdicos, comenzaron a organizar programas de asistencia de salud dental para la población escolar.

En 1910 se funda la Asociación Danesa de Odontología Infantil, y en 1917, la escuela de la Sociedad de Dentistas. La Sociedad Nórdica de Odontopediatría fundada en 1951, reúne a los miembros nórdicos de la International Association of Dentistry for Children.

La odontopediatría fué reconocida como especialidad por la Asociación Dental Sueca y por el Servicio Nacional de Salud, en 1963, mientras que en Noruega fué hasta 1979.

2. DESENVOLVIMIENTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

El desenvolvimiento psicológico del niño es una serie complicada de eventos, los cuales se manifiesta exteriormente con su modo de comportamiento, esto es sus acciones, actitudes y personalidad.

Se considerará ahora en una forma general, los estados psicológicos por los cuales pasa un niño durante las diversas épocas de su vida. Su desenvolvimiento psicológico no puede considerarse dentro de un término específico, ya que en ellos se encuentran también límites muy elásticos y niños de la misma edad, puede tener un desenvolvimiento psicológico muy distinto. Siguiendo entonces los grupos de clasificación de la mayoría de los autores se pueden considerar los siguientes:

2.1. El recién nacido.

Está provisto de un mecanismo emocional muy póbrememente elaborado el cual incluye, enojo o cólera, temor y regocijo. Reacciona con estas manifestaciones las cuales se le resuelven en los primeros meses de su vida gracias a los cuidados maternos. Al principio, la vida social de este ser se desenvuelve alrededor de sus parientes, quienes les proporcionarán toda su ayuda y atenciones para satisfacerle sus

necesidades; sin embargo conforme va creciendo se torna más y más independiente.

2.2. Tres meses de edad

A los tres meses, la mayoría de los niños muestran signos de maduración social, como lo prueba el hecho de cesar su llanto cuando se le acerca una persona y de continuar en él cuando lo dejan solo, lo mismo que al tratar de localizar con movimientos indecisos a una persona que se le acerca.

2.3. Cinco a diez meses de edad.

A sus cinco meses trata de agarrar o de tocar objetos próximos a él.-A los seis meses tendrá ya la habilidad mental de distinguir una persona de otra y este progreso será tal, que al llegar a sus ocho meses, además de poder distinguir entre dos personas, demostrará interés por una de su misma edad. Entre sus seis y diez meses trata de participar en juegos, queriendo llamar la atención de las otras personas por medio de gritos y movimientos.

2.4. El niño de un año.

A esta edad el niño muestra ya su maduración social, con manifestaciones como la de tratar de eliminar a otro niño de su esfera de acción o tratando de llamar la atención de otro. Su mente está lo suficientemente avanzada para darse cuenta de que gritando, dando puntapiés o revolcándose en el suelo puede conseguir lo que desea. Es el llamado “Temper Tamtrum” (berrinche), que además de ser una reacción natural, es un buen indicio de que el niño está desarrollando su carácter.

Sin embargo, en un niño de un año, una reacción de esta índole no debe considerarse como anormalidad o malcrianza, ya que es una forma de expresión.-Por su puesto ante una actitud de estas, el niño no debe de ser consentido ni complacido, pero tampoco deberá ser castigado; se le permitita darle curso a su reacción, pero vigilándolo de cerca para que se dé cuenta de que alguien se preocupa por él.

2.5. Año y medio.

El niño desarrolla dos cosas características. 1. Una curiosidad extrema por mirar en todos los rincones de la casa, abrir gavetas, etc., al extremo de poder transformar una casa si se le deja solo. Esto se explica fácilmente, por el hecho de que un niño a esta edad no

distingue con la vista la forma y volúmen de los objetos y para darse cuenta exacta de cómo son, necesita valerse del tacto. 2. Un negativismo extremo el cual se le conoce como el periodo “no-no”. El niño responde con un “no” a todas las preguntas o hace exactamente lo puesto a lo que se le pide. Su mejor manejo en estos casos, es permitiéndole que escoja entre una y otra cosa, o no satisfaciéndole un deseo hasta que haya cumplido una obligación.

2.6. El niño de dos años.

No está suficientemente avanzado como para permitir relaciones interpersonales de larga duración. Todavía prefiere sus juegos personales y observar a otros mayores sin tomar parte de ellas. Depende aún considerablemente de su madre y tiende a ser tímido.- Cambia de una cosa a otra en pocos minutos. A esta edad el niño no debe de ser forzado y cualquier actitud deberá de venir de él. No se puede esperar que responda a preguntas u obedecer a órdenes.

2.7. A los tres años.

Un principio de semi-independencia generalmente caracteriza al niño. Trata de complacer y de conformar. Se puede discutir con él, y si se le da una buena razón, en muchos casos puede lograrse su cooperación, aún en cosas que no sea de su agrado. Se le conoce como

la edad del “Yo también”, pues ya el niño juega con otros, pero hasta cierto punto es un juego de competencia, ya que tratar de hacer lo que el compañero haga. En esta forma demuestra su interés por sus amigos.

2.8. Cuatro años de edad.

El niño de cuatro años por lo común escuchará con interés las explicaciones, y normamente responderá bien a las indicaciones verbales. Los niños de esta edad suele tener mentes vivaces y pueden ser grandes conversadores, llegando a la edad del “Cómo y porqué”, puede volverse desafiante y recurrir al empleo de malas palabras.

2.9. El niño de cinco y seis años.

A los cinco años, el niño es muy capaz de distinguir entre la verdad y la mentira, así como de tener un criterio propio. Siempre le gusta terminar lo que comienza. A los seis años demuestra un mayor interés por las personas ajenas al hogar, como amigos que encuentra en los lugares donde juega o en instituciones preescolares. Hay un despertar del sentido social, el cual es más marcado cuando ingresa a la escuela. Se nota una actividad gradual de las actividades fuera del hogar. Es una edad de independencia.

2.10. El niño en los años de la preadolescencia.

Durante esta época, principalmente durante los ocho y diez años , el niño tiene tendencias a asumir prerrogativas de adultos y la lealtad por sus amigos es muy marcada. Es una edad de competencia y de un positivo interés por el mundo exterior.

2.11. De los doce a los catorce años.

El pensamiento se hace más abstracto, y va adquiriendo la capacidad de razonar y resolver problemas sin enfrentarse a la situación concreta. El niño organiza su forma de mirar las cosas y adquiere habilidades lógicas.

2.12. Adolescencia.

Durante el comienzo de la adolescencia existen reacciones emocionales desequilibradas, el niño demuestra un escaso interés por la higiene y el orden.

3. LOS PADRES, LA ESCUELA Y EL MEDIO AMBIENTE, COMO FACTORES QUE DETERMINAN LA FORMACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

Considerando que el niño es un ser altamente receptivo, existe un conjunto de factores interdependientes que modifican el patrón de su comportamiento, como son:

3.1. Influencias de los padres.

Sobre el niño influirán sus padres actuando con sobreafección, sobreindulgencia, sobreansiedad, poca afección, rechazo, etc. Merece también consideración el hijo único, el hijo adoptivo y el enfermo sistémico.

3.1.1. Sobreafección: Es una actitud frecuente en padres que tienen sus hijos cuando ya han alcanzado una edad avanzada, en el hijo único, en el adoptivo y en el menor de la familia. Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la escuela o en el hogar.

3.1.2. Sobreprotección: En el caso típico de aquellas madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su niño sin permitirle que juegue o se junte con otros, lo cual dará un tipo de niño que rehusa

obedecer con comportamiento irresponsable y que pretende controlar todas las situaciones. Es imprudente, con acceso de “Temper Tantrums” y se rehusa a jugar con otros niños en igualdad de condiciones.

3.1.3. Sobreindulgencia: Es la actitud de aquellos padres que no niegan nada a sus niños y se ve especialmente en aquellos que durante su infancia no disfrutaron de muchos gustos y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas. Es muy típico así mismo, de los abuelos. Su resultado es un niño exigente y muy difícil de congeniar con otro cuando no satisfacen sus deseos; trata de satisfacer sus demandas con llantos y berrinches. En su actitud puede llegar a tal punto, que en su llanto contiene la respiración con su consecuente cianosis.

3.1.4. Sobreansiedad: Esta actitud es demostrada por aquellos padres en cuyas familias ha habido muertes o enfermedades graves de sus hijos, o cuando existe el hijo único.

Desarrollan en el niño sobreafección y sobreprotección, por lo cual depende de sus padres para todas sus actividades, respondiendo con timidez, temor y cobardía. Por una simple causa como un resfrío, es excusado de la escuela o de cualquier otra actividad.

3.1.5. Sobreautoridad: Los padres que actúan de ésta manera pretenden poder modelar a sus hijos a un determinado tipo de comportamiento y bajo esta concepción, su disciplina con ellos tiende a ser severa y en muchas ocasiones cruel. Esto produce en el niño un negativismo y un sentido de inseguridad.

3.1.6. Poca afección: La indiferencia de los padres para el niño se manifiesta en aquellos casos en que disponen de poco tiempo para su atención, por la incompatibilidad entre el padre y la madre, cuando la concepción no ha sido deseada, etc. Como consecuencia, el niño será tímido, retraído, prefiere estar solo, indeciso, asustadizo y llora fácilmente. Puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, morderse las uñas, chuparse el pulgar, etc.

3.1.7. Rechazo del niño: Esto puede ser ocasionado por las mismas causas anteriores, por celos entre los padres, por mala situación económica, por no ser del sexo deseado o por la corta edad de los padres. Ello da un tipo de niño presumido, se resiste con facilidad, es desobediente e imperativo. Temper tantrums, mentiras y robos, son actitudes comunes en ellos.

3.1.8. El hijo único: Este niño recibirá de sus padres sobreafección, sobreprotección, sobreansiedad y sobreindulgencia, por lo cual será tímido, miedoso y retraído. Sin embargo en un gran

porcentaje de los casos. los hijos únicos no demuestran estas características, ni los padres asumen tales actitudes.

3.1.9. El hijo adoptivo: Los padres en estos casos actúan con sobreprotección y sobreconsideración, cuyo producto es así mismo un niño tímido, miedoso y retraído.

3.1.10. Enfermo sistémico: En este caso al igual que en los anteriores, los padres actúan con sobreprotección, sobreafección y sobreindulgencia, dando como resultado un niño con problemas de inseguridad, timidez y excesiva dependencia.

3.2. Influencia de la escuela.

Los niños que asisten a instituciones escolares, tienen la oportunidad de disfrutar de la compañía de otros, donde ganan nuevas experiencias a una edad más temprana que aquellos que son confinados al ambiente de su hogar hasta la edad escolar. Esto indiscutiblemente dará un niño que se adaptará con mayor facilidad a los procedimientos odontológicos, pues entre otras cosas de las que será informado por sus compañeros, estarán los cuentos de aquellos que han asistido con el dentista y han sido atendidos en una forma agradable, por no padecer molestias a tan corta edad. Lo contrario sucede con niños de escuelas

que han tenido experiencias dolorosas con el dentista y crean un sentido de temor en sus compañeros al relatárselas.

3.3. Influencias del medio ambiente.

En este punto nos enfocaremos a describir las características del ambiente socioeconómico, el ambiente cultural y condiciones de salud del niño.

3.3.1. Ambiente socioeconómico: El ambiente socioeconómico en el que se desenvuelve el niño, es indiscutiblemente una de las razones por las cuales el aspecto psicológico del mismo, variará en su formación dentro de una familia con un nivel estable, a una familia con carencias de tipo económico así como el desarrollo dentro de una ciudad a uno que se desenvuelve en una zona rural.

3.3.2. Ambiente cultural: Tomando en cuenta la cultura, un niño con padres profesionistas tendrá mayor acceso a información o a otro tipo de educación, y por lo tanto tendrá una visión diferente a un niño cuyos padres son obreros o campesinos y no tienen ese nivel de conocimiento.

3.3.3. Estado de salud del paciente: Aquellos niños que han estado enfermos en su hogar por un período largo de tiempo, han

recibido de sus padres privilegios y atenciones especiales, lo cual lógicamente, desarrollará luego en ellos todas las características de sobreprotección, sobreafección y sobreindulgencia. Por el contrario, aquellos niños que han sido hospitalizados por un tiempo considerable también aislado de otros niños, llegan a acostumbrarse a socializarse con otras personas.

La nutrición tiene gran influencia en el aspecto psicológico del niño, ya que por ejemplo la irritabilidad, fatiga y rebeldía son típicas de aquellos niños mal nutridos, de la misma manera debe de considerarse la fatiga física y mental, ocasionada sobre todo por la falta de sueño.

En consecuencia, dependiendo de un gran número de factores, como la herencia, la influencia de los padres, la escuela, los estados de salud, etc., así será en términos generales el tipo psicológico del niño y por ende, su comportamiento ante el dentista, doctor, profesor, peluquero, etc. Habrá entonces, niños tímidos, miedosos, incorregibles, coléricos, enfermizos, cooperantes, etc.

4. ESTADOS EMOCIONALES DEL PACIENTE INFANTIL.

Brauer considera cinco estados, los cuales se describirán a continuación:

4.1. El niño tímido.

Un número de razones puede determinar la actitud tímida de un niño, tal como la falta de oportunidad para tratar a personas ajenas a sus hogar poca afección de sus padres, el hijo único. sobre autoridad, etc.- El dentista fácilmente puede reconocerlo por sus reacciones características, como la de esconderse detrás de su madre, mirar en otra dirección cuando se le habla y responde con un sí o un no a las preguntas, sin no es que guarda un completo silencio.-Su cooperación será negativa mientras no salga de esa actitud.-Es una reacción muy típica también de niños preescolares y más marcada aún en los que proceden de zonas rurales.

En su manejo es recomendable tratar de ganar la confianza del niño cuanto antes, y tratar en todo lo posible de hacerlo sentir como en su casa.-Es indispensable saber su nombre de antemano o tan pronto como se haga contacto con el niño, así como averiguar cuáles son sus juegos favoritos o las cosas por las que más se interesa.-Una vez en

conocimiento de estos detalles. si el niño es poco accesible, se tratará de llegar a él por medio de su mamá, la cual servirá para entablar una conversación indirecta con el paciente. llamándolo con cariño por su nombre y tratando de conversar sobre todo aquello que se ha sabido que puede interesarle. En la gran mayoría de los casos se logran buenos resultados con esos procedimientos, lo cual puede ser en su primera cita o bien en las siguientes.

4.2. El niño incorregible.

Este tipo de niño es el resultado de una sobreindulgencia de los padres, y en algunos casos cuando es rechazado. Ante el dentista gritará, peleará, dará puntapiés, se tirará al suelo con manifestaciones de temper tantrums y recurrirá a todos los medios posibles para lograr que su mamá o acompañante se lo lleve a su casa sin ser atendido.

El profesional en este caso, y sobre todo aquel que se dedique a la práctica del niño, no puede permitirse el lujo de mostrarse enojado o de expresar disgusto por el niño, pues producirán inevitablemente una mala impresión a los padres con la consecuente pérdida del paciente. Deberá de considerarse también, que el tratar de violentar al niño para efectuarle la operación que requiera en ese momento, puede ocasionarle más daño que beneficio. Debe de comprenderse que no se adelanta nada con excusar al niño pensando que su próxima visita

prestará más cooperación; por el contrario, su actitud será peor pues se le dió una satisfacción.-Si se trata de ridiculizar al niño, no se obtendrán mejores resultados, y el prolongar la cita tratar de convercerlo, sólo redundará en perjuicio del tiempo del profesional.

Queda pues, dos caminos: Y. tratar de hacer entender al niño con una explicación clara de lo que deberá de hacersele y el por qué de ello.-Se hará con buenos modales, pero con firmeza.-II. Si el niño persiste en su actitud, se solicitará a su madre o acompañante retirarse de la sala, y con su consentimiento se le aplicará la fuerza al niño, haciéndole ver claramente que es la única solución y por el propio bien del niño. Las manos y pies del niño se sujetarán fuertemente y con firmeza, se tapaná su boca po espacio de diez o quince segundos; al mismo tiempo se le dirá que es contra los deseos de uno, pero es necesario hacerlo para que escuche, así como el propósito que tiene el atender su boca. De igual manera, aunque en casos aislados, puede esperarse de la misma actitud en las próximas visitas, pero en la gran mayoría de los casos, estos niños llegan a ser magníficos pacientes.

Debe entenderse así mismo, que la fuerza se aplicará para hacerlo cooperar o salir de su estado, pero no para atenderlo bajo estas condiciones.

4.3. El niño desafiante.

Es típico del niño sobreprotegido, el cual aunque no llora ni presenta acceso de tantrums, desafía al dentista con ciertas frases, tales como: "No abriré mi boca", "No quiero que me hagas nada", "A mí que me importa quedarme sin dientes", etc.-Si se solicita su cooperación en buenos términos, los resultados serán negativos, por lo cual es indicado proceder de la misma manera que en el caso anterior, por supuesto, con la previa autorización de los padres.

4.4. El niño miedoso.

Este es el tipo de niño influenciado por las publicaciones, que con propósito humorístico ridiculizan al dentista, lo cual sólo produce efectos de temor hacia él; así mismo es el resultado de conversaciones con otros niños que han tenido experiencias dolorosas o de amenazas de los padres de llevarlos al dentista a que les saquen sus muelas sin que se portan bien o si no hacen tal o cual cosa.

En este caso, la única solución para disipar el temor del niño es tratar de ganarse su confianza, actuando en una forma similar a la descrita para el niño tímido. El dentista y su asistente deberán demostrar bondad e interés por él. Una vez logrado dicho propósito, se intervendrá en una forma que le ocasione la menor molestia al niño,

dependiendo del caso, tratando de mostrarle lo agradable y bueno que puede tener la intervención en ese momento y el provecho en el futuro de la salud de su boca. Siempre deberá de hablársele en términos que estén al nivel de su entendimiento y en forma que el niño pueda comprender la bondad que se persigue. La gran mayoría de estos niños, ante una experiencia agradable, llegan a dispensar una magnífica colaboración.

4.5. El niño enfermo.

Ya se han comentado las reacciones psicológicas de aquellos niños enfermos, mal nutridos, con fatigas físicas y mentales. En estos casos el mejor procedimiento, cuando por emergencia hay que atender al niño debe hacerse lo indispensable para evitarle dolores, y posponer todo tratamiento operatorio o de otra índole para cuando su salud, se haya restablecido.

5. CATEGORÍAS DE CONDUCTA.

La guía correcta de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es fundamental para una atención completa.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente pequeño llamando a éste “período de resistencia” y lo considera normal en el proceso de crecimiento o aprendizaje del niño.

En general los odontólogos que tratan niños, deben, además de demostrar un interés personal sincero en el niño, hacerse más eficientes en la orientación y refuerzo de la conducta.

Frankl y colaboradores, en su categorización de la conducta, hacen referencia a la respuesta negativa a la respuesta del niño. La escala de calificación de Frankl de 4 categorías, es utilizada comúnmente para registrar la conducta de los niños en el consultorio odontológico por medio de ella, es posible llevar un registro de la reacción de un niño a procedimientos odontológicos específicos.

Clasificación 1: Definitivamente negativa. Rechaza el tratamiento, llora forzadamente, está asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

Clasificación 2: Negativa. Es renuente a aceptar el tratamiento, no puede cooperar, muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, esto es, se muestra hosco o alejado.

Clasificación 3: Positiva. Afecta el tratamiento; a veces es cauteloso, está dispuesto a cumplir con el odontólogo, a veces con reserva, pero sigue las directivas con buena voluntad.

Clasificación 4: Definitivamente positiva. Tiene buena relación con el odontólogo, interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y goza la situación.

“El conocimiento sobre el temperamento de los niños puede preparar la predicción clínica del comportamiento del paciente pediátrico dentro del medio ambiente dental”.⁽¹⁴⁾

6.RASGOS DE PERSONALIDAD DEL ODONTÓLOGO.

Los conocimientos técnicos y científicos se han adelantado en comparación con los estudios del comportamiento y de la conducta del odontólogo.

Mientras el odontólogo avanza en los aspectos clínicos, descuida en forma importante, aquellos factores invisibles, intangibles y casi desconocidos de su mente, que son imprescindibles en su conducta en el consultorio.

Estos factores psíquicos por su naturaleza pueden modificar las actitudes del odontólogo ante sus pacientes.

El odontólogo debe de reconocer y manejar adecuadamente dichas conductas, para esto debe de estar conciente ante las muy diversas y variadas condiciones en que se va desarrollando su trabajo clínico. para poder mantener y preservar un equilibrio emocional adecuado.

Existen tres características básicas del odontólogo:

1. Seguridad en sí mismo.

2. Reflejar su propia personalidad, nunca tratar de imitar, así tenemos que el odontólogo con carácter, no podrá dirigirse al niño con palabras o en tono dulce y viceversa.

3. Tener los conocimientos suficientes y la capacitación adecuada.

Además el odontólogo deberá tener conciencia para no pedir al paciente lo que él mismo no es capaz de soportar.

7. REACCIONES A LAS EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS

Se ha hablado de las reacciones que puede presentar un niño ante el dentista de acuerdo con sus edades, factores hereditarios, influencia de los padres y del medio ambiente, estado de salud, etc. Pero también habrá que tener en mente otras reacciones que en la gran generalidad de los casos se adaptan a la mayoría de los niños, que sea su psicología. Algunas de ellas son:

7.1. La sugestibilidad.

Es aquella disposición del individuo para aceptar sugerencias en el niño, por su poca capacidad o insuficiencia de sus actividades intelectuales, por el poco poder de discernir, de comparar, de juzgar y de reaccionar, hay una personalidad fácilmente sugestionable. Por ello, al hablar el dentista al niño en un tono suave, claro y firme, se conseguirá que obedezca a sus recomendaciones. Esto es quizá uno de los puntos fundamentales de tener en cuenta en la primera cita del niño, en la referente a evitarle cualquier dolor por mínimo que sea, lo cual le ocasionará una autosugestión de temor que puede convertirlo en un paciente rebelde. Sin embargo, en muchas ocasiones es imposible evitarlo, pero aún así la sugestibilidad del niño es tan acentuada, que

puede ser modelado a otro tipo de comportamiento con experiencias agradables en citas posteriores (Pauly).

7.2. La curiosidad.

Es extrema en el niño, ya que pregunta por todo y debe de contestarse con una rápida explicación, por lo tanto, todas las preguntas del niño deberán de ser contestadas, aunque brevemente, pero en una forma que le sea comprensible y con tono bondadoso que demuestre buena voluntad, pues al mismo tiempo que satisface su curiosidad, se gana su cariño.

7.3. La desconfianza.

La desconfianza por las cosas desconocidas es una reacción muy típica en el niño, por lo cual es muy característica su manifestación de temor al entrar por primera vez al consultorio del dentista. Esta manifestación será más marcada en aquellos que hayan tenido oportunidad de oír comentarios desagradables de otras personas en lo referente a los tratamientos de la boca.

7.4. El miedo.

Este puede ser innato o infundido en el niño por alguna experiencia anterior. Sin embargo, se le puede disipar inmediatamente cuando se le hace ver la veracidad de la situación. Un caso típico de ello, se presenta en la reacción favorable de un niño miedoso a quien se le aplica el manejo apropiado.

7.5. La ansiedad.

La ansiedad o inseguridad está muy relacionada con el estado de temor, la ansiedad es un dato confiable de alteración emocional. Los niños ansiosos son esencialmente temerosos de toda nueva experiencia y su reacción puede ser violentamente agresiva, con un despliegue de rabietas en el consultorio, en este caso el odontólogo debe de mostrar su autoridad y dominio de la situación.

7.6. Resistencia.

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y el niño se rebela en realidad contra el ambiente. Puede hacer despliegue de rabietas, golpearse la cabeza contra las paredes, o vomitar cuando no desee adaptarse.

El aislamiento puede ser otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar, no habla con extraños ni aún con conocidos. El odontólogo tiene dificultad para comunicarse con este tipo de paciente, el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier motivo.

7.7. Timidez .

Es otra reacción que se observa, especialmente en el paciente de primera vez y puede estar relacionada con la experiencia social limitada del niño. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Es imposible separar totalmente el temor de la ansiedad, ya que aquel nunca se expresa sin un cierto matiz de ansiedad.

7.8. Agresión y conducta desafiante.

Cuando un niño emplea una frase tal como “eres estúpido” o “eres malo”, lo que realmente quiere decir es “te tengo miedo”, “no se quien eres”. No toda la agresividad verbal se expresa directamente al dentista, sino que el niño también lo libera a través de sus diálogos con sus compañeros de juego al referirles sus experiencias.

Las reacciones agresivas pueden actuar como una válvula de seguridad.

Cuando la ansiedad es contagiosa es, a veces, aconsejable comenzar el diálogo preguntando: "Quién te da miedo".

También deberá de tenerse en mente otras condiciones, como por ejemplo el comportamiento del niño ante otras personas, para poder aplicarse así el trato más apropiado, como aquel niño que a pesar de su corta edad pretenda ser más viejo y actúa como tal, se sentirá ofendido si el dentista lo trata en igual forma que un niño mimado, e igualmente reaccionará aquel consentido si es tratado con más energía.

A los niños por lo general les gusta que se converse de juegos propios de su sexo, de temas de cierta índole, como películas de vaqueros, de aviación, de guerra, etc; En tanto a las niñas, si se les admira algún vestido o prenda personal, así como si se les dice palabras de cariño o si se les dispensa la cortesía de decirles que son bonitas o simpáticas. De la misma manera podrían mencionarse otra serie de condiciones, que debidamente aplicadas a la práctica diaria permiten obtener en alto grado, la ansiedad y confianza del niño, y por consecuencia lógica, su decidida cooperación.

8. TÉCNICAS DE MANEJO DEL NIÑO.

Quizá la gran variedad de técnicas utilizadas actualmente en la práctica privada, está basada en esta falta de definición respecto a la conducta apropiada del niño como paciente.

Varias técnicas nuevas han sido desarrolladas a partir de las ciencias sociales, algunas de las cuales son la modificación de la conducta de sensibilización, hipnosis, imitación y compromisos de realización.

Pinkham enfatiza que el odontólogo que trata niños, debe perfeccionarse en la observación y análisis de la conducta infantil, así como tener conocimiento de los miedos y ansiedades de los niños por la situación odontológica y por otra parte, de los aspectos sociales, culturales y personales de la conducta infantil.

Contando con esta información puede predecir de manera más exacta, determinada conducta y elegir luego el método mejor para manejar durante la experiencia clínica.

Es hasta el tercer año de vida, que la mayoría de los niños poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y rigores de una cita dental, permitiéndoles

eliminar los temores engendrados por una persona y un ambiente nuevos, desconocidos y en potencia amenazadoras.

Es así como la mayor parte del manejo de la conducta que se practica, analiza y enseña en las escuelas de odontología, se dirige de manera primaria hacia el niño preescolar, entre los tres y seis años de edad.

Existen una variedad de técnicas ya documentadas, las cuales ayudan de manera confiable al dentista, para el control de los niños pequeños; una de las cuales es dada a conocer por el Dr. David Chamber en 1967, psicólogo con interés en la odontopediatría, y participación en la literatura acerca de cómo deben manejar los dentistas a los niños, denominó los modos disponibles para que los odontólogos sean capaces de manejar al niño mediante una "abundancia de recursos a elegir".

Un aspecto del tratamiento odontopediátrico parece anticipar quienes pueden manejar a los niños y quienes no pueden, ese aspecto es, la experiencia. Los estudiantes de odontología quizá se sienten desalentados por la ansiedad e inseguridad que experimentan cuando algunos niños comienzan a portarse mal. No obstante, con el tiempo y la dedicación prestados a las técnicas, se perfeccionan las habilidades clínicas de manejo infantil, surgiendo la autoconfianza en relación con

éste campo de la odontología. La seguridad del dentista con respecto a sus habilidades de manejo conductual se torna fundamental para la interrelación exitosa con niños potencialmente inmanejables.

“El cambio de actitud por parte de los dentistas y padres, conjuntamente han incrementado el interés de los doctores para desarrollar técnicas de manejo en el comportamiento del niño. Las investigaciones realizadas entre dentistas y psicólogos han sido apoyadas por la Academia Americana de Dentistas Pediátricos (AAPD) dando como resultado que desde el punto de vista psicológico y científico parecen tener mayor aceptación las técnicas: De sensibilización, Modelamiento de la conducta e Hipnosis siendo muy efectivas “.⁽¹¹⁾

8.1. Experiencia previa a la cita.

La visita preliminar consiste en llevar al niño a un consultorio dental para realizar un recorrido y darle una orientación.

8.2. Modelamiento.

El procedimiento básico consiste en permitirle a un paciente que observe a uno o más individuos (modelos) que muestre una conducta apropiada dentro del consultorio. El paciente frecuentemente

imitará la conducta del modelo cuando sea colocado una situación similar. El modelo puede estar presente o filmado con resultados igualmente exitosos.

Se pueden colocar dentro del consultorio, imágenes o carteles alusivos indicando un tipo de comportamiento adecuado, citándolo por pasos.

El efecto de una película sobre ésta técnica es una forma de modelamiento que nos ayudará al cambio de actitud del niño dentro del consultorio.

8.3. Felicitar y comunicar.

Toda la gente incluso los niños reaccionan de manera favorable a las felicitaciones. Así mismo la odontología pediátrica eficaz, equivale a una comunicación eficiente del dentista 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.

8.4. Decir, mostrar y hacer.

Esta técnica es de las más sencillas y que a menudo funciona. Antes de realizar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestesia local) ha de explicarse al niño qué se hará y después se simula que ocurrirá antes de iniciar el procedimiento.

La selección de palabras es importante en ésta técnica. El éxito estriba en que el dentista posea un vocabulario sustituto para sus aparatos y procedimientos, que el niño pueda entender, por ejemplo:

- Pieza de mano - Avión.
- Amalgama - Estrella.
- Inyección con anestesia - Jugo para dormir.
- Radiografía - Foto de dientes .
- Historia clínica - Contador de dientes.
- Dique de hule - Impermeable.
- Grapa - Anillo para diente.

Los niños mayores de tres años y con historia social y estado emocional normal, pueden guiarse exitosamente con dicha técnica.

8.5. Control mediante la voz.

Este método, requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante al igual que la expresión facial del dentista. El odontólogo debe reflejar ésta actitud de confianza.

El control con la voz es una técnica básica eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empiezan a suceder.

8.6. Mano sobre boca.

En éste método, el dentista coloca la mano sobre la boca de un niño que llora de forma histérica. Esto controla sus berrinches y otros ataques de ira; ha de usarlos simultáneamente con el control de voz. La técnica no busca asustar al niño, intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al odontólogo.

“Los argumentos sobre la técnica de mano sobre boca son esencialmente dos: Primero, es antiética e inmoral; y Segundo, crea daños psicológicos, fobia dental y terror al dentista. (Todo esto se atribuye a la violencia y abuso en el uso de ésta técnica)”.⁽⁷⁾

8.7. Restricción física.

En sentido literal, significa impedir los movimientos inapropiados del niño durante un tratamiento dental. Puede efectuarse con manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales.

Dicha técnica está indicada en:

- Niños inmanejables.
- Niños muy pequeños.
- Infantes impedidos.
- Retraso mental.
- Paciente excepcional.

Arthur Novak, en su libro de odontología para el paciente impedido, describe a éste paciente como excepcional, que es un concepto que debemos de emplear siempre, podemos decir que es el que ha pasado por todas las técnicas y aún así lo podemos controlar, y de aquí se deriva a otra etapa de reacondicionamiento psicológico.

8.8. Premedicación.

La premedicación consiste en la administración de droga o drogas, en el período preoperatorio, destinadas a reducir la ansiedad, facilitar la anestesia y a minimizar sus complicaciones y/o sus efectos colaterales.

Los objetivos principales de éste procedimiento son:

- Reducción del miedo y la ansiedad.
- Reducción de los reflejos autonómicos adversos.
- Amnesia.
- Analgesia.

Para alcanzar los objetivos propuestos para la premedicación, se utilizan varios tipos de droga. Debemos aclarar inicialmente, que todas éstas drogas ejercen otros efectos, además de la sedación que pretendemos, y que pueden ser considerados como útiles o indeseables, los cuales son:

A) Hipnoanalgésicos: También llamados opiáceos y morfínomiméticos. El representante típico del grupo es la morfina, ésta ejerce efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), especialmente analgesia. Estas sustancias modifican principalmente la respuesta emocional al estímulo doloroso. Además de la analgesia provoca sedación y en dosis elevadas, hipnósis.

B) Hipnosedativos: Se denominan así a las sustancias que provocan una depresión dosis-dependiente del SNC, que se extiende desde la sedación hasta el estado de coma, pasando por estados intermedios de dosis y anestesia. Constituye un grupo químico bien

diferenciados en el cual los barbitúricos y las benzodiazepinas presentan un gran interés en lo que se refiere a la premedicación.

BARBITÚRICOS	De acción prolongada	Fenobarbital.
	De corta acción	Pentobarbital Secobarbital.
	De acción rápida	Tiopental.

BENZODIAZEPÍNICOS.	Diazepam.
	Loracepam.
	Flunitracepam.
	Nitrazepam.

Hidrato de cloral.

El hidrato de cloral es el hipnótico más antiguo, se usa desde hace más de un siglo.

La acción del hidrato de cloral es semejante a la de los barbitúricos provocando una parálisis descendente no selectiva del SNC.

Según la dosis provoca sedación, hipnósis o anestesia general, pero no puede utilizarse con este último fin por el peligro de depresión respiratoria, depresión del SNC o paro cardíaco.

Debido al escaso margen de seguridad, ha sido reemplazada por el diacepam especialmente, ya que es una droga más segura.

La dosis hipnótica del Hidrato de cloral para niños es, generalmente, de 5.0mg. por kg. de peso corporal.

Valium.

El valium provoca efectos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anticonvulsionante y relajador muscular.

La dosis para niños es de 1 a 2.5.mg. por vía oral.

El buen éxito de la utilización de sedantes, tranquilizantes, etc., se debe en gran parte a que se lleve a cabo una pronta recuperación postoperatoria del estado de alerta, ambulación, así como de todos los signos vitales.

Esto se puede lograr mediante la utilización de los revertidores, llamados medicamentos, los cuales son capaces de interferir en la producción de la respuesta, disminuyendo o anulando el efecto del medicamento.

También son empleados para evitar los efectos adversos del medicamento administrado.

Así tenemos que un revertidor de las benzodiazepinas es flumazenil que es un antagonista específico de los receptores de benzodiazepínicos.

El propofol es utilizado después de la aplicación de anestesia general para regresar al estado lúcido más rápido, así como para evitar las náuseas y el vómito.

El propanolol, metoprolol y ametiolinina, ayudan a la eliminación en el caso de administrar valium.

8.9. Anestesia General.

El último recurso para el manejo y atención del paciente excepcional, será la anestesia general, dentro del cual interactúa la odontopediatría y un equipo de trabajo quirúrgico que consta de:

- Médico general.
- Anestesista.
- Odontopediatra.
- Asistente dental.

- Instrumentista dental.
- Asistente de quirófano.
- Ambulantes.

El odontólogo que haga uso de ésta técnica deberá tener amplios conocimientos del manejo del paciente a nivel hospitalario (quirófano), y estar en una interacción de conocimiento con el anestesiólogo, para tener un trabajo en conjunto.

Este tipo de técnicas será exclusiva para el paciente excepcional siendo el último recurso para el éxito de su atención.

Es importante la valoración del paciente mediante estudios de laboratorio e historia clínica para saber:

- A) Estado general de salud.
- B) Anestésias previas.
- C) Ingestión actual del medicamento.
- D) Alergias.
- E) Revisión por sistemas.
 1. Circulación (angina, hipertensión, soplos)
 2. Respiración (tos, sibilancias)
 3. SNC (epilepsia)
 4. Hígado (ictericia, hepatitis)
 5. Riñones y vías urinarias.
 6. Aparato gastrointestinal.
 7. Músculo esquelético.
 8. Sistema endócrino.
 9. Problemas hematológicos

(coagulación y anemia). En caso de cirugía o extracción. 10. Tipo sanguíneo. 11. Problemas mentales.

Un paciente que no cumpla con éstos requerimientos, entonces se considera un paciente de alto riesgo, y lo más conveniente sería la estabilización de los valores, y así minimizar el riesgo.

Una vez que se ha valorado al paciente que está en óptimas condiciones, existen requisitos para someterlo a un tratamiento bajo anestesia general.

1. Por ningún motivo se anestesiará si el paciente padece enfermedad respiratoria.

2. El paciente deberá de tener por lo menos seis horas de ayuno previo a la intervención. No es recomendable que el paciente sea internado con anticipación de la intervención, ya que el manejo de éste paciente, debemos recordar, que es ambulatorio.

3. Debe de llegar con ropa cómoda y de preferencia debe ser durante las primeras horas del día.

4. El paciente deberá de ingresar al quirófano con su madre o padre, y una vez que ha sido anestesiado, éstos se retirarán.

5. La totalidad del manejo del paciente, debe ser íntegra y absoluta en una sola sesión.

8.9.1.Oxido nitroso.

Uno de los anestésicos por inhalación de mayor importancia en la actualidad es, el óxido nitroso, que es un gas inorgánico poco potente. Los anestésicos volátiles importantes son: Hidrocarbono fluorinados, halotano, enflurano, e isoflurano.

El objetivo de la anestesia por inhalación es tener una presión cerebral óptima y sin cambios.

El óxido nitroso es un vasodilatador cerebral pero su potencia limitada y se relaciona con aumentos modestos de flujo sanguíneo cerebral.

Los aumentos de flujo sanguíneo cerebral que producen los anestésicos volátiles disminuyen o se normalizan después de dos horas de administrar el halotano.

Producen: Depresión respiratoria, disminución de la reacción ventiladora al bióxido de carbono, broncodilatación y aumento en la frecuencia cardiaca.

9. ESTUDIO COMPARATIVO.

9.1. DESARROLLO DESCRIPTIVO.

El objetivo de esta investigación es la identificación de todos aquellos factores que determinan el grado de conocimiento en el empleo y manejo de las técnicas adecuadas para la atención del paciente pediátrico dentro del consultorio dental, por parte de los alumnos de licenciatura de la UNAM y UAM-X, seminario de titulación, alumnos de postgrado y maestros de la UNAM:

Planteamiento del problema.

Nosotros como estudiantes hemos observado la falta de unificación de criterio en la enseñanza de las técnicas reacondicionadoras psicológicas del paciente infantil.

Justificación.

Durante el trayecto de la licenciatura en odontología, notamos que existe una discrepancia y falta de unificación de conocimientos, en el uso de las técnicas reacondicionadoras de la conducta psicológica infantil y tomando en cuenta, que, debido a que la población infantil en México, D.F. representa el mayor porcentaje y que una gran mayoría de

dentistas generales evitan la atención dental en niños; nos lleva a estudiar las causas que propician la falta de interés por parte de dentistas egresados y estudiantes.

Hipótesis.

El conocimiento sobre el manejo de la conducta odontológica del niño, nos servirá como marco de referencia para la comprensión y tratamiento de los múltiples factores que influyen sobre la conducta de los niños en la atención odontológica, así como la necesidad del conocimientos y uso de técnicas adecuadas para su atención.

Objetivo general.

Mejorar la calidad en el manejo del paciente pediátrico mediante el uso correcto de técnicas adecuadas, dentro del consultorio dental.

Objetivos específicos.

1. Demostrar que no existe un conocimiento desarrollado o unificado en el uso y aplicación de las técnicas reacondicionadoras psicológicas.

2. Conocer a qué grado se manejan dichas técnicas por parte de los odontólogos.

3. Saber qué sector odontológico maneja eficazmente éstas técnicas.

Objetivo terminal.

Obtener un resultado de las encuestas realizadas para determinar el grado de conocimiento existente en el uso y aplicación de las técnicas de manejo del paciente infantil, en las diferentes áreas de preparación odontológica.

Objetivo paralelo.

Elaboración de un diaporama con el fin de reforzar el conocimiento y uso de las técnicas de manejo odontopediátrico.

Metodología.

A. Comprende un cuestionario con treinta reactivos dividido en cuatro fases:

1. Experiencia en atención dental, edades que maneja y cantidad de pacientes.

2. Autoevaluación profesional.
3. Conocimiento y aplicación de las técnicas reacondicionadoras psicológicas odontopediátricas.
4. Superación profesional.

B. Revisión bibliográfica.

Material.

- Cuestionario.
- Bolígrafos.
- PC compatible con paquete Microsoft Office.
- Cámara fotográfica.

A continuación presentamos el cuestionario que se utilizó para esta investigación, aplicando 20 cuestionarios por cada grupo antes mencionado.

CUESTIONARIO.

- 1.-¿Cuál ha sido su experiencia en atención dental a niños?
A) Buena. B) Regular. C) Mala. D) Pésima.
- 2.-¿Cuántos pacientes pediátricos atiende en éste momento?
A) 0-1 B) 2-4 C) 5-8 D) 9 ó más.
- 3.-¿De qué edad?
A) maternal B) pre-escolar C) escolar D) 13 años en adelante.

4.-¿En qué porcentaje se siente capacitado para la atención dental en niños?

- A) 100% B) 75% C) 50% D) 25% E) menos de 25%

5.-¿A parte de su formación profesional como Cirujano Dentista ha recibido algún otro tipo de capacitación sobre la conducta, manejo y atención del niño?

- A) sí B) no

6.- En caso de ser afirmativo, indique cuál.

- A) pláticas. B) conferencias. C) videos. D) cursos. D) otros, mencione. _____

7.- De las siguientes técnicas, ¿ Cuáles conoce para el manejo de los niños ?

- A) mano sobre boca
B) restricción física
C) control mediante la voz
D) premedicación
E) analgesia con óxido nitroso
F) analgesia general
G) otras, mencione _____

8.- ¿Ha utilizado algunas de ellas?

- A) sí B) no

9.- ¿Cuál o cuáles ?

- A) mano sobre boca
B) restricción física
C) control mediante la voz
D) premedicación

- E) analgesia con óxido nitroso
- F) analgesia general
- G) otras, mencione _____

10.- ¿Para ud. qué significa aplicar la técnica "mano sobre boca" ?

- A) colocar la mano suavemente sobre la boca y la otra firmemente en el pecho para lograr la atención del niño.
- B) colocar la mano cubriendo boca y nariz sin permitir respirar.
- C) abrir la boca del niño con la mano.

11.- ¿Emplea ud. ésta técnica ?

- A) sí.
- B) no.

12.- En caso de ser negativa, ¿porqué no?

- A) agresiva.
 - B) no positiva
 - C) opine ud. _____
-

13.- ¿Para ud. qué significa la técnica "control de voz" ?

- A) hablar con ternura.
- B) hablar con voz de mando.
- C) gritar.
- D) modular el tono de voz.

14.- ¿Emplea ud. ésta técnica?

- A) sí.
- B) no.

15.- En caso de ser negativa ¿porqué no?

- A) agresiva
 - B) no positiva
 - c) opine ud. _____
-

16.- ¿Para ud. qué significa aplicar la técnica de restricción física?

A) El C.D. con ayuda de un asistente, restringe físicamente al paciente y lo somete.

B) El uso de Papoose - Board. (Red)

C) Tomarlo brúscamente entre varios.

D) Amenazarlo con castigarlo.

17.-¿Emplea ud. ésta técnica?

A) sí. B) no.

18.- En caso de ser negativa ¿porqué no?

A) agresiva

B) no positiva

C) opine ud. _____

19.-¿Para ud. qué es la técnica de premedicación ?

A) uso de sedantes e hipnóticos.

B) mandar antibióticos.

C) mandar antinflamatorios.

20.-¿Emplea ud. ésta técnica?

A) sí. B) no.

21.- En caso de ser negativa ¿porqué no?

A) falta de conocimiento. B) riesgoso C) opine ud. _____

22.- En caso de que ud. utilice la premeditación ¿Cuál considera la más óptima?

A) Hidrato de cloral.

B) Atarax.

C) Pasiflorine.

D) Valium.

E) Otros. _____

23.-¿Conoce ud. algún riesgo que ocasione la premedicación, mencione?

24.- Para ud. que significa revertir el efecto de un tranquilizante.?

25.- ¿Conoce los revertidores de los medicamentos tranquilizantes?.

A) sí B) no

26.- ¿Conoce ud. el manejo de analgésicos y anestésicos generales?

A) sí B) no.

27.- ¿Qué opina de la aplicación de óxido nitroso en la CD. de México?

A) difícil de manejar.

B) riesgoso.

C) contraindicado.

28.- En caso de que la respuesta sea la C ¿ porqué?

29.- ¿Piensa realizar algún Postgrado?

- A) sí B) no.

30.-En caso de ser afirmativa indique en qué especialidad.

- A) Ortodoncia. D) Odontopediatria.
B) Parodoncia. E) Cirugía.
C) Prótesis. F) Otros.

9.2. Resultados.

En las gráficas se demuestra que los alumnos de postgrado, así como de seminario de titulación en odontopediatria, tienen una buena experiencia en la atención dental pediátrica, así como un gran número de pacientes.

Mientras que los alumnos de licenciatura de UAM y UNAM , tienen desde una mala, regular y buena experiencia en atención dental, y el número promedio que atienden es de dos a cuatro pacientes.

Dentro de las edades que maneja el grupo de postgrado, se encuentran:

- A) En primer lugar = escolar.
B) Segundo = preescolar.
C) Tercero = maternal.

Las edades que maneja el grupo de seminario son:

A) En primer lugar = preescolar.

B) Segundo lugar = escolar

C) En tercer lugar = maternal.

Sobre el conocimiento de las técnicas para manejo del niño, los cuatro grupos lo tienen.

Pudimos observar que las técnicas más utilizadas en postgrado y seminario de titulación son:

Mano sobre boca, Restricción física y control mediante la voz.

Mientras que a nivel licenciatura, son control mediante la voz y mano sobre la boca.

En cuanto a la aplicación correcta de éstas técnicas, observamos que:

Postgrado en solo un 50% emplea bien las técnicas más utilizadas, seminario un 95% emplean correctamente la técnica de mano sobre boca y restricción física, y solo un 5% emplean correctamente la técnica de control mediante la voz.

El grupo de licenciatura de la UAM y UNAM, emplea en un 95% correctamente la técnica de mano sobre boca.

Un 5%, emplean correctamente la técnica de control de voz, y un 45% la técnica de Restricción física.

En cuanto a la utilización de la técnica de premedicación y la técnica de óxido nitroso, el 95% no la utiliza.

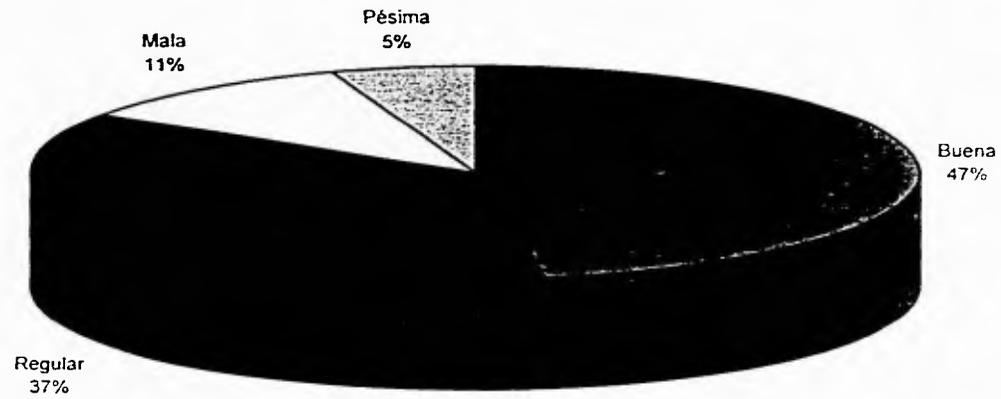
En relación a estudios de postgrado a futuro, más del 50% de los alumnos de seminario, quieren realizarlo en odontopediatría, y en el grupo de licenciatura de la UNAM y UAM, solo el 5%.

GRÁFICAS.

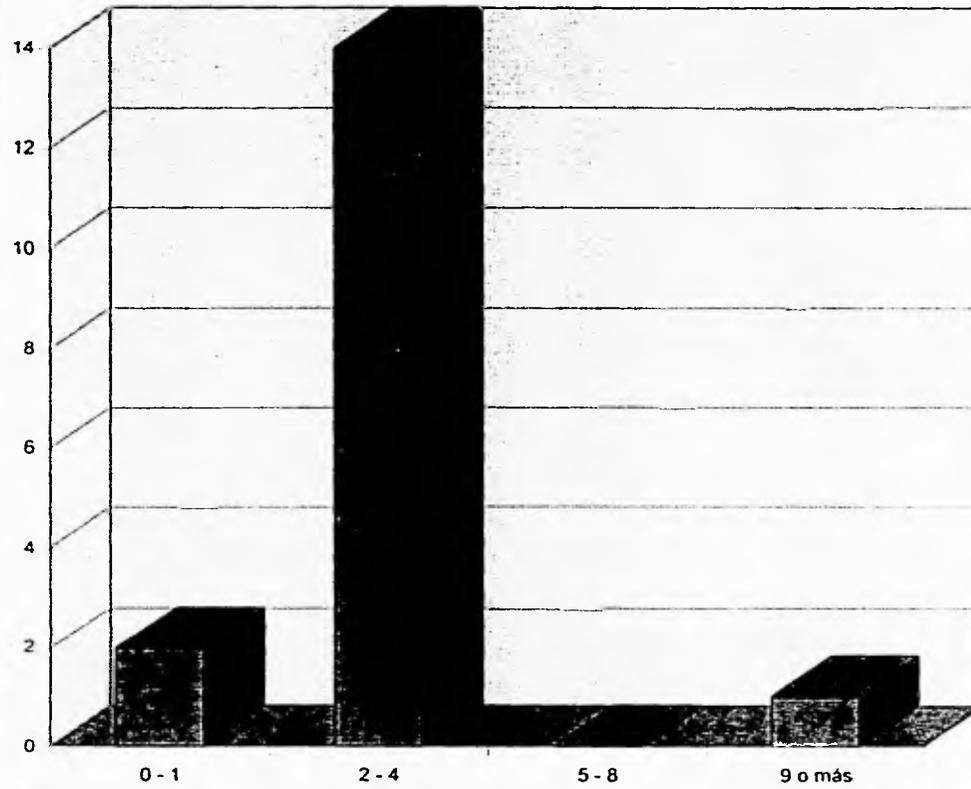
LICENCIATURA

UNAM.

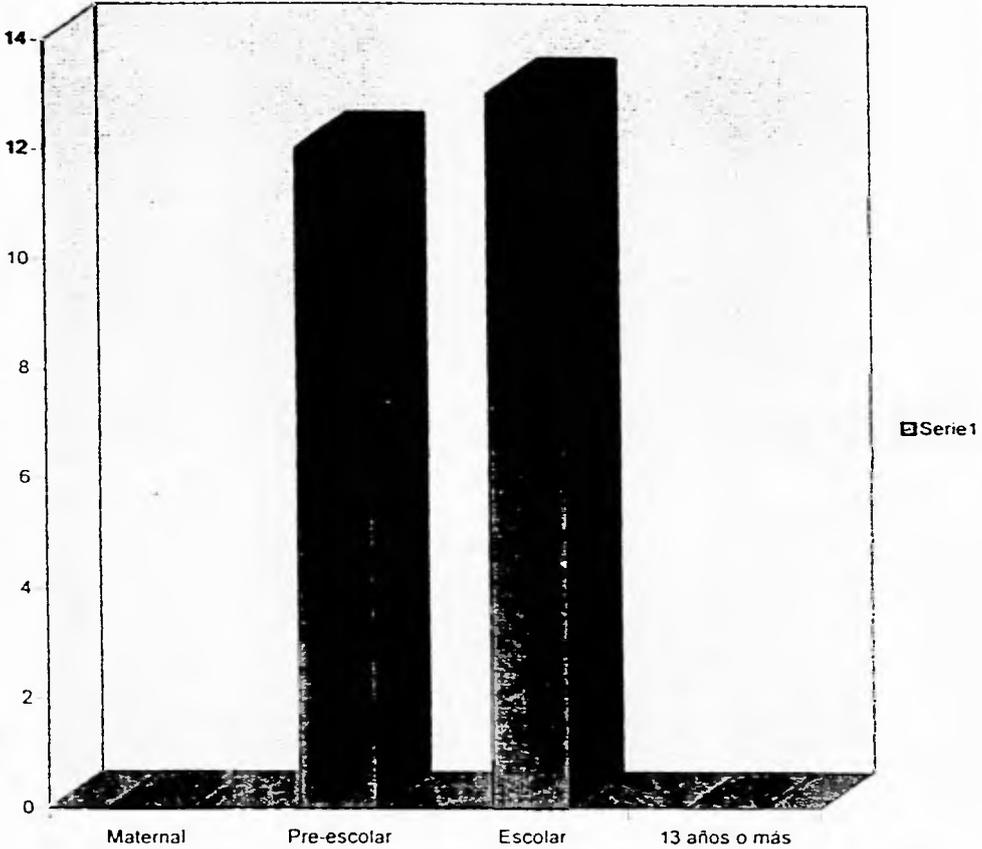
EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DENTAL PEDIÁTRICA



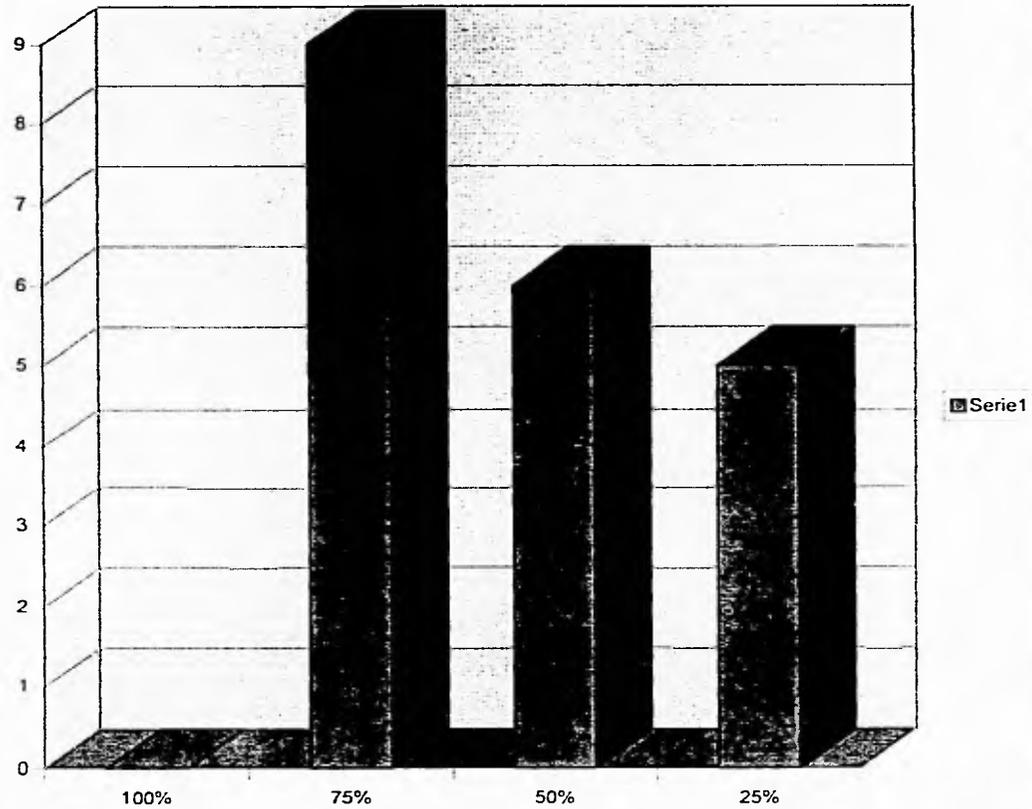
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS



ATENCIÓN DE PACIENTES POR EDAD ESCOLAR



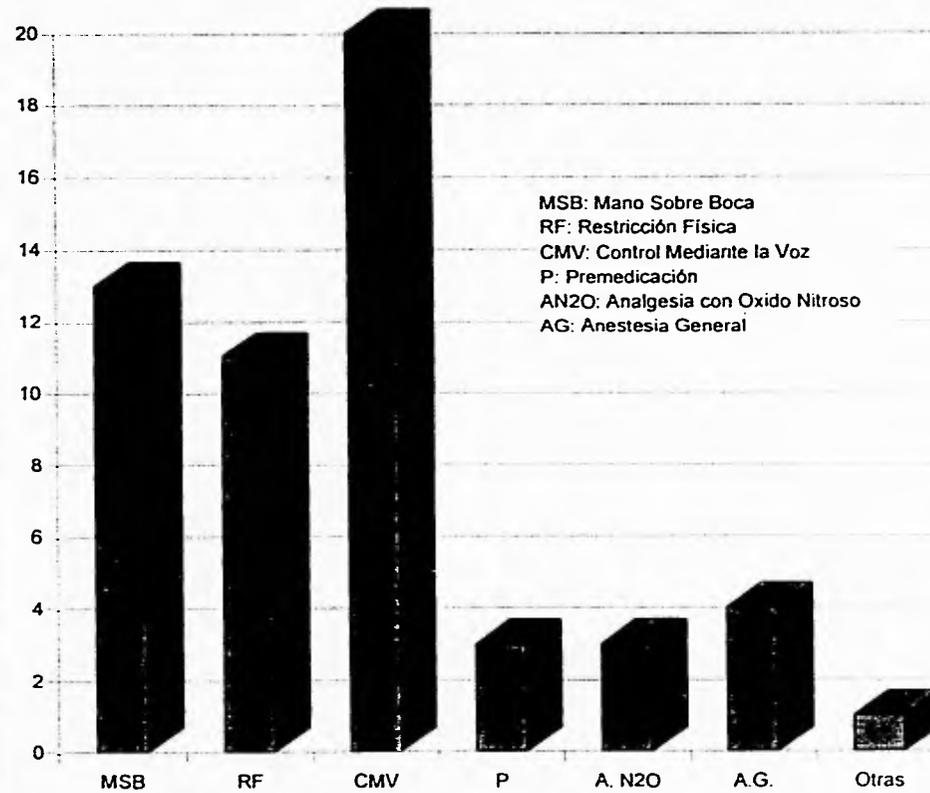
CAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN DENTAL



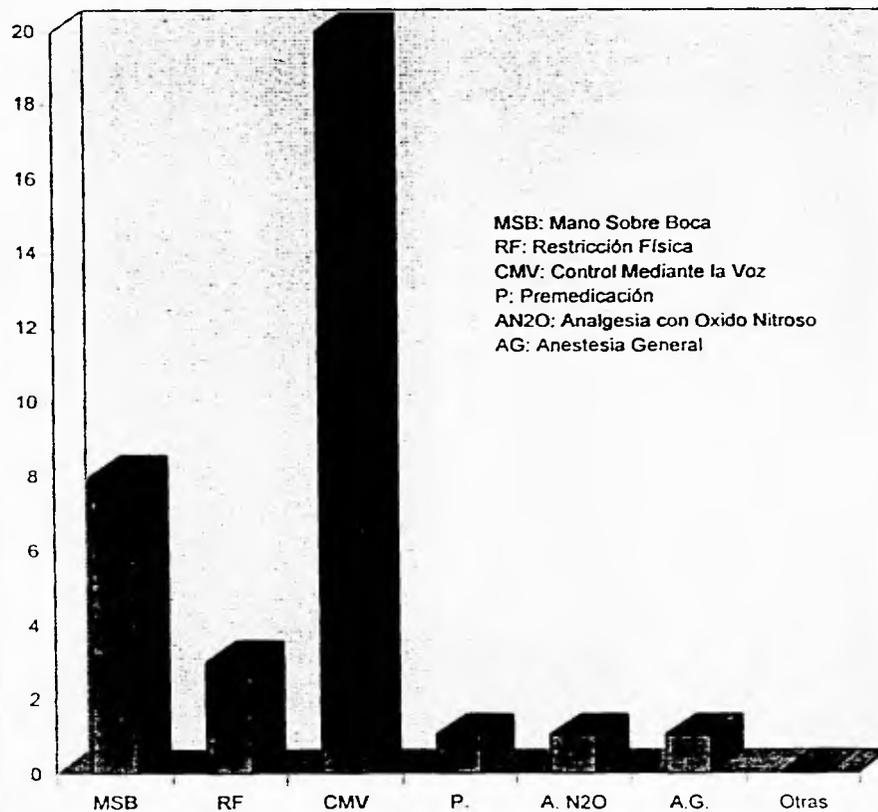
**ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA CONDUCTA,
MANEJO Y ATENCIÓN DEL NIÑO**



CONOCIMIENTO DE TECNICAS PARA MANEJO DEL NIÑO



TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS

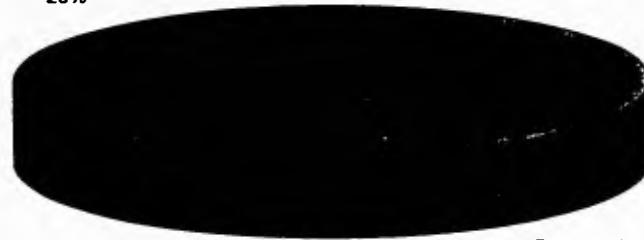


MSB: Mano Sobre Boca
RF: Restricción Física
CMV: Control Mediante la Voz
P: Premedicación
AN2O: Analgesia con Oxido Nitroso
AG: Anestesia General

■ Sene1

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA MANO SOBRE BOCA

Mal empleada
20%



Bien empleada
80%

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA CONTROL DE VOZ



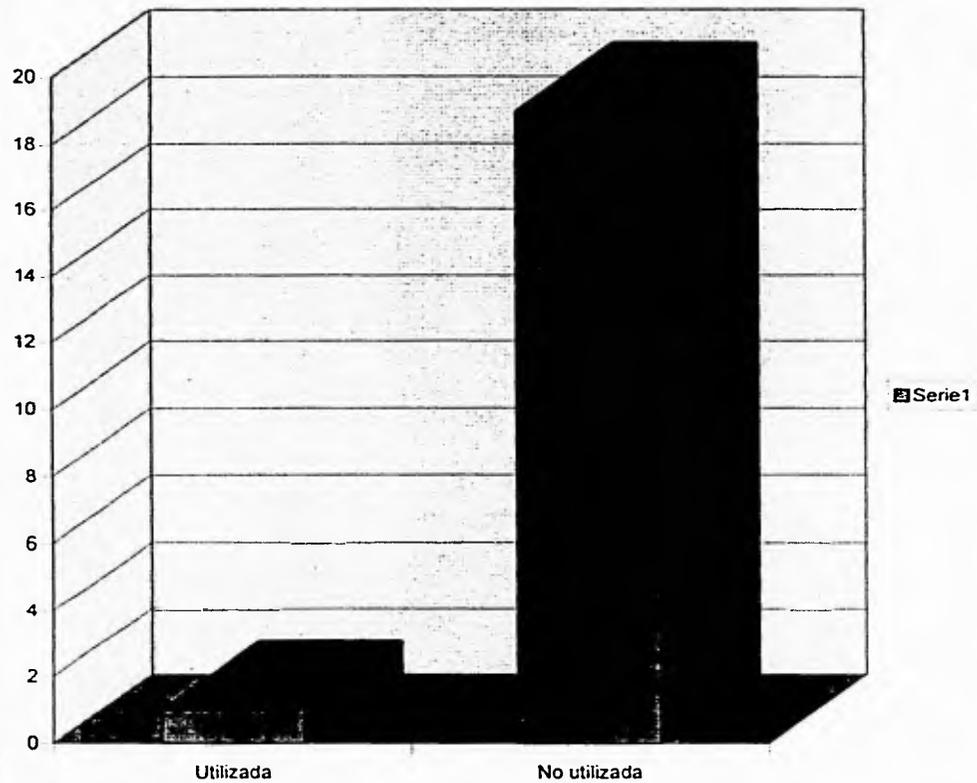
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RESTRICCIÓN FÍSICA

Mal empleada
45%

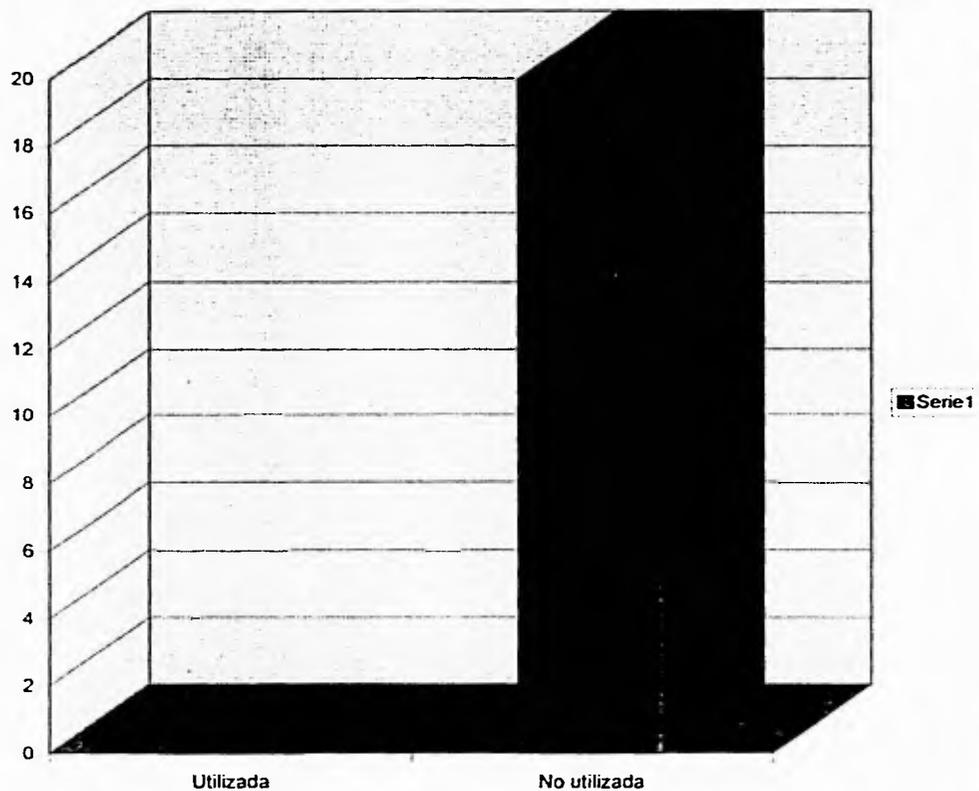


Bien empleada
55%

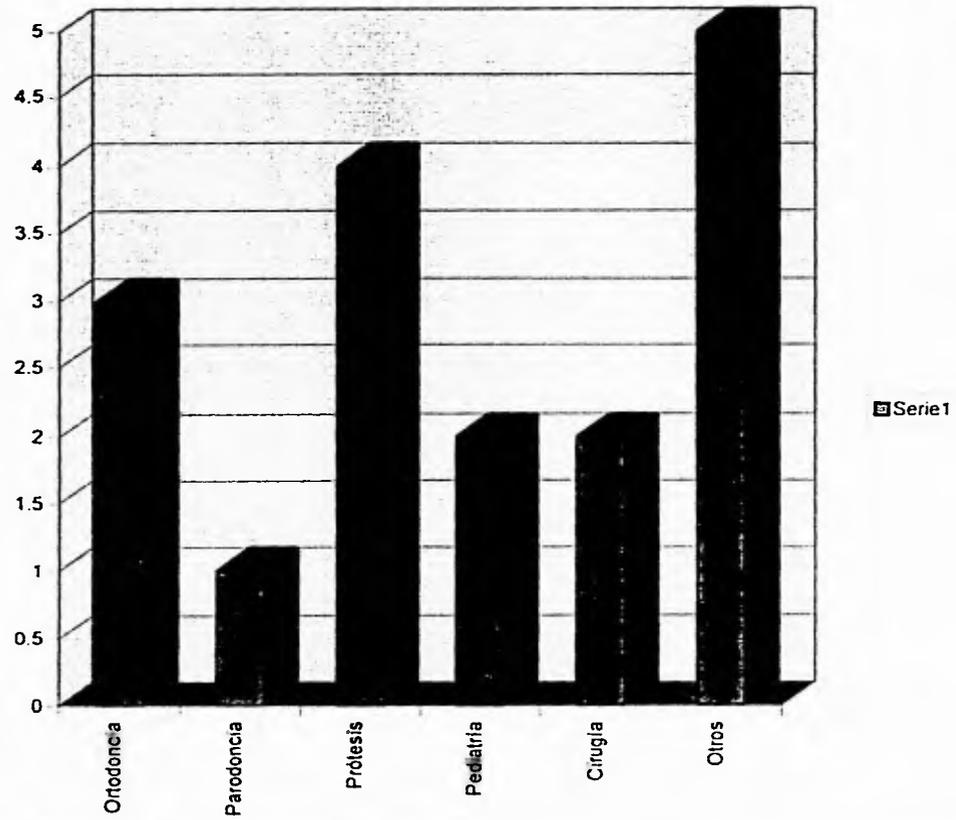
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE PREMEDICACIÓN



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE N2O



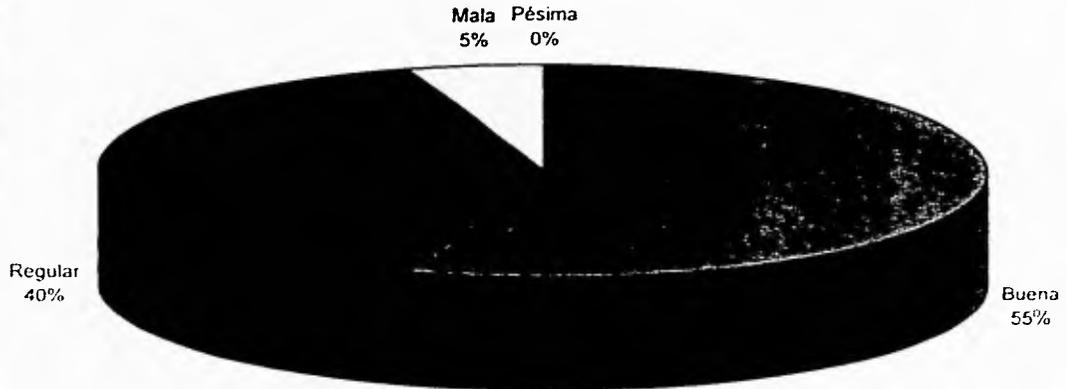
ESTUDIOS DE POSGRADO A FUTURO



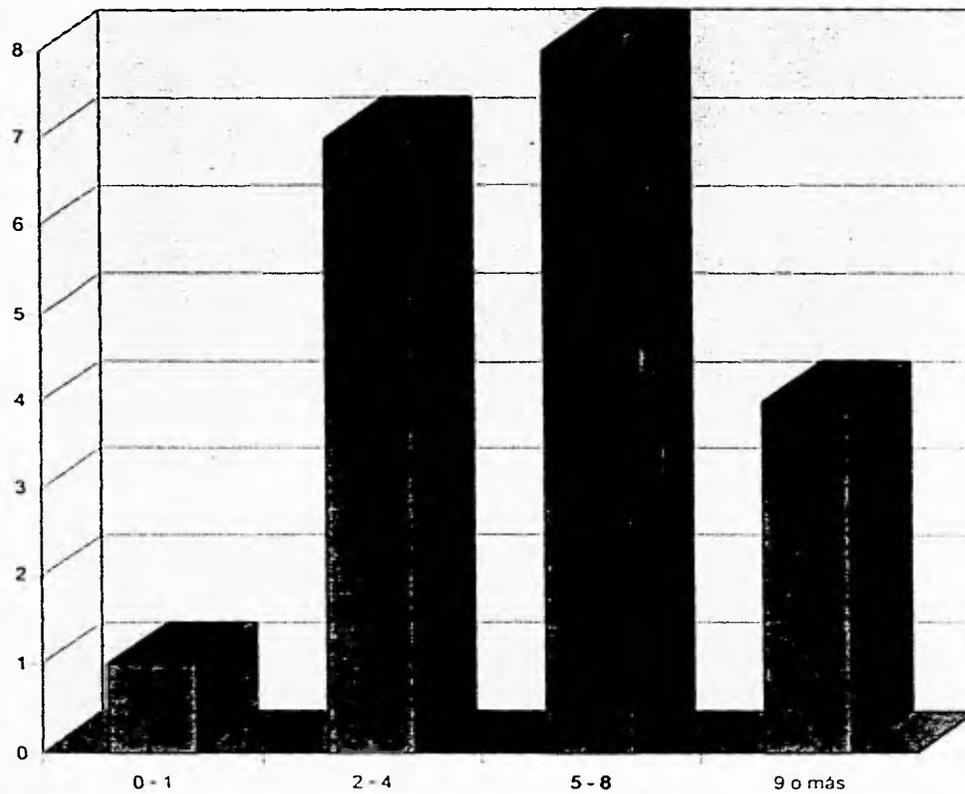
LICENCIATURA

UAM.

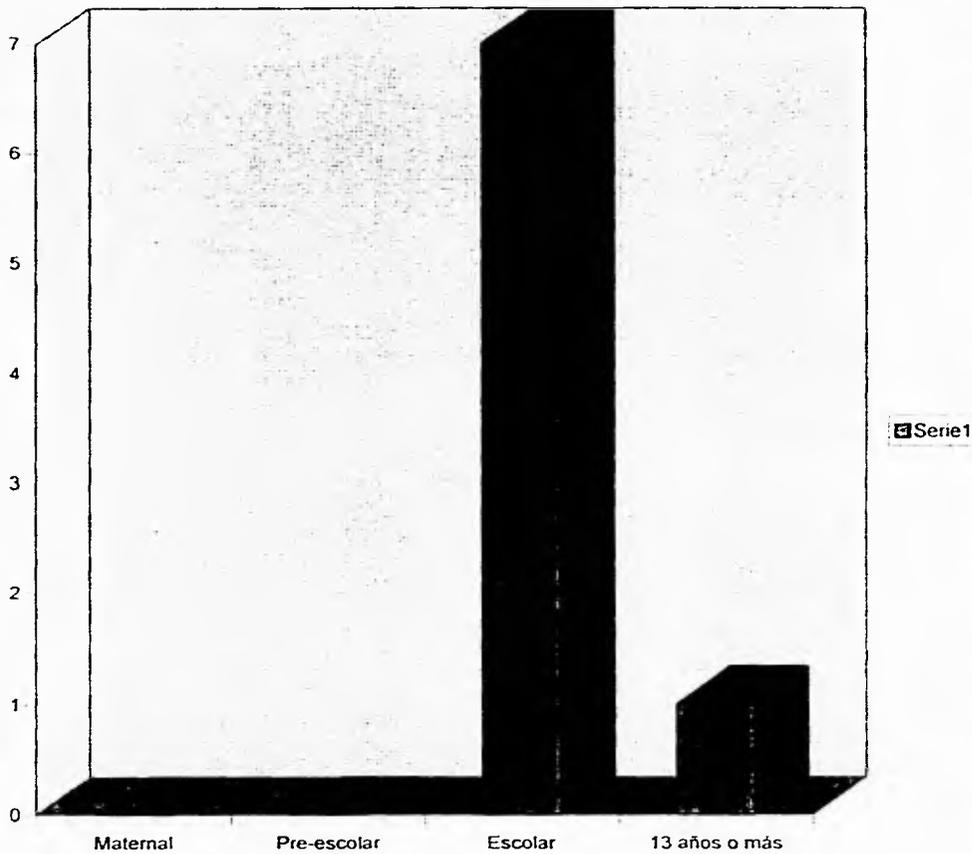
**EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DENTAL
PEDIÁTRICA**



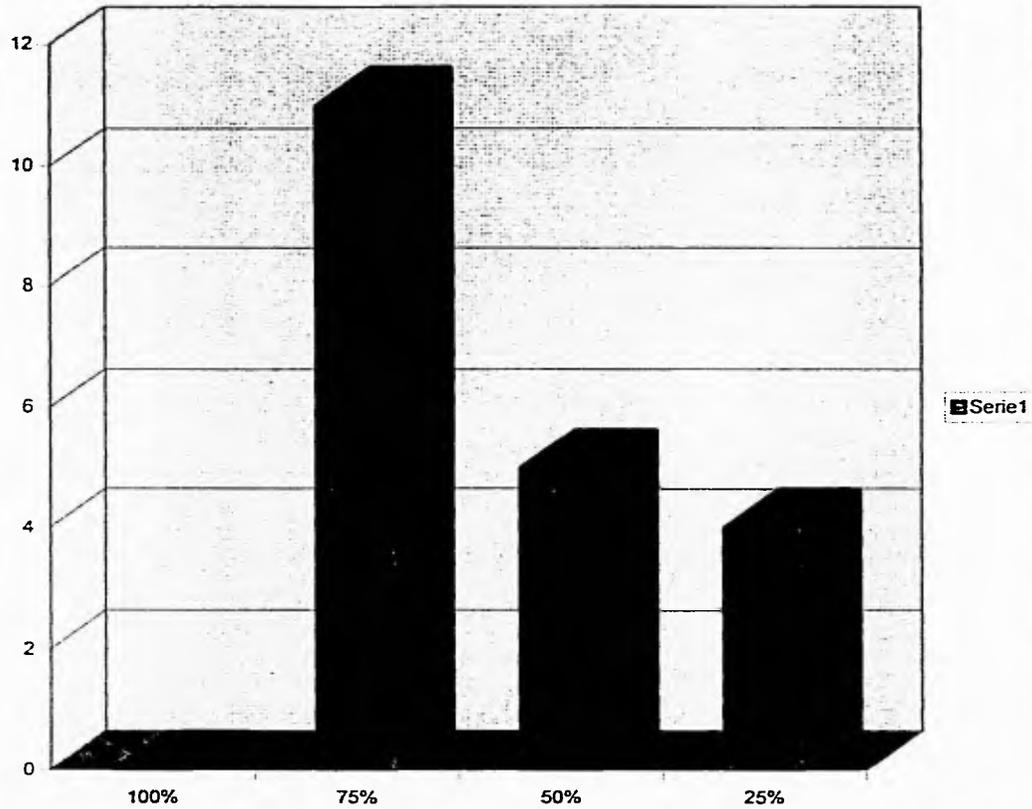
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS



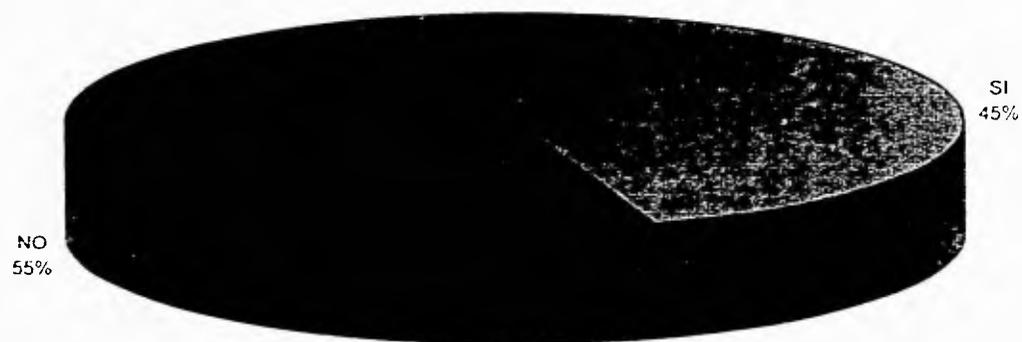
ATENCIÓN DE PACIENTES POR EDAD ESCOLAR



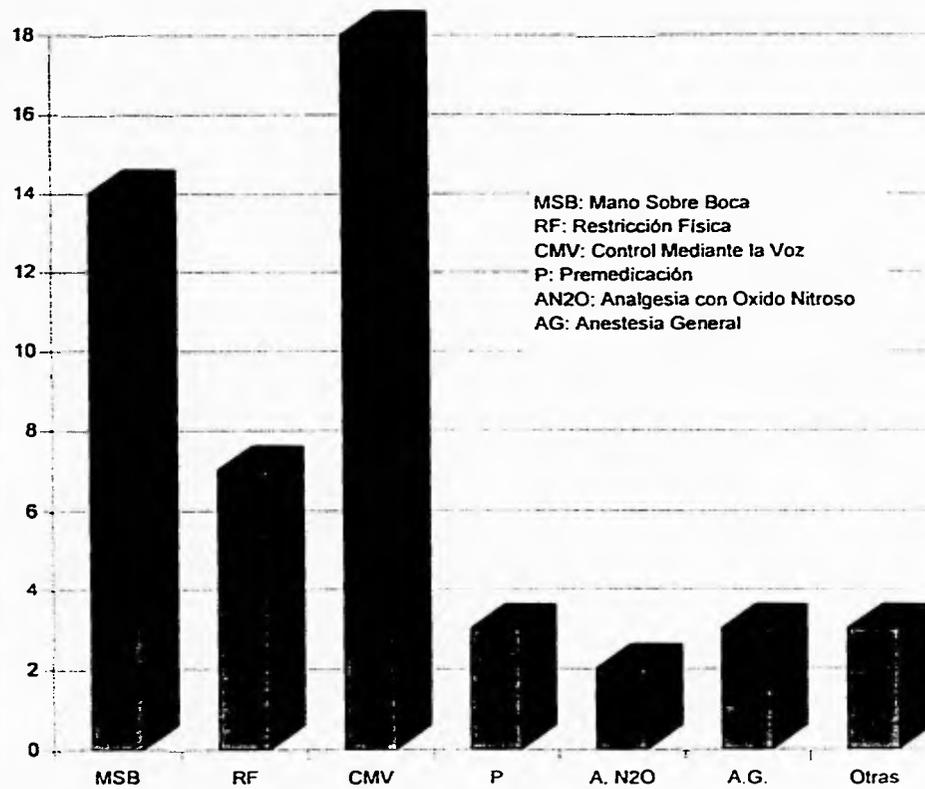
CAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN DENTAL



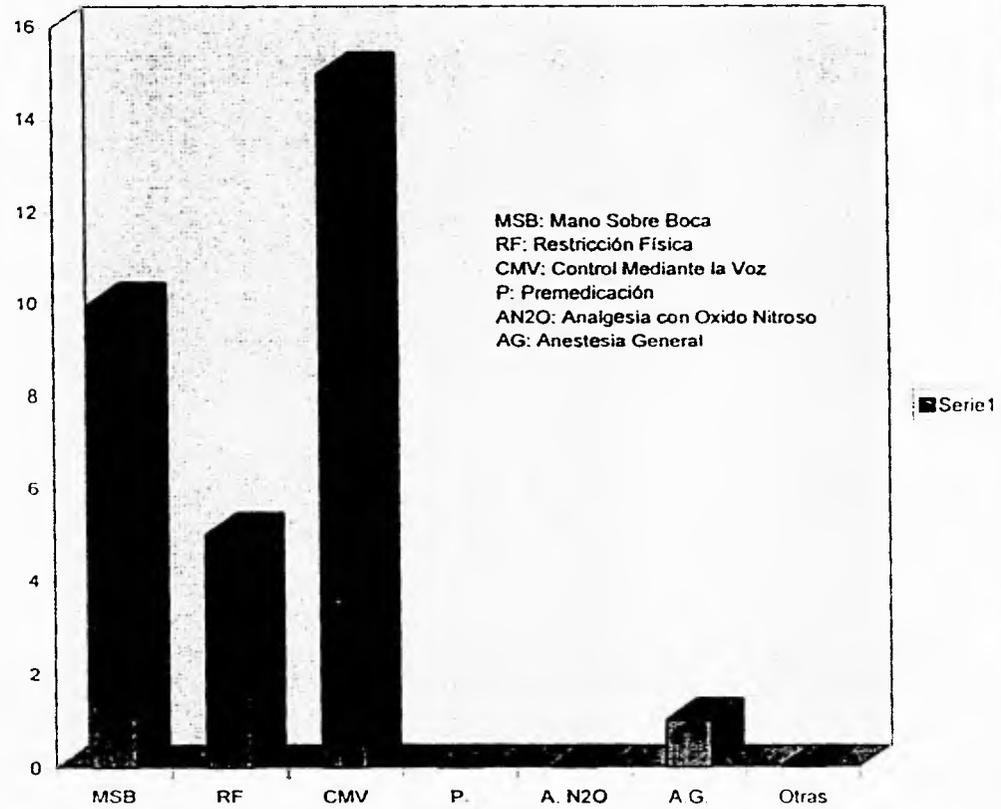
**ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA CONDUCTA,
MANEJO Y ATENCIÓN DEL NIÑO**



CONOCIMIENTO DE TECNICAS PARA MANEJO DEL NIÑO



TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA MANO SOBRE BOCA

Mal empleada
25%



Bien empleada
75%

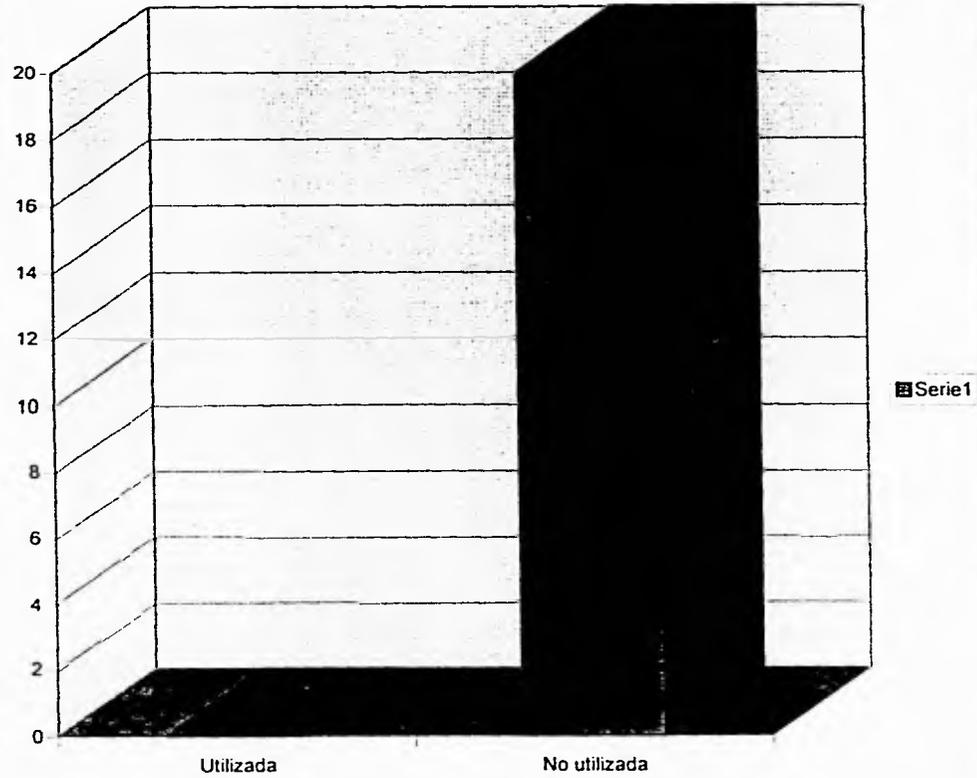
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA CONTROL DE VOZ



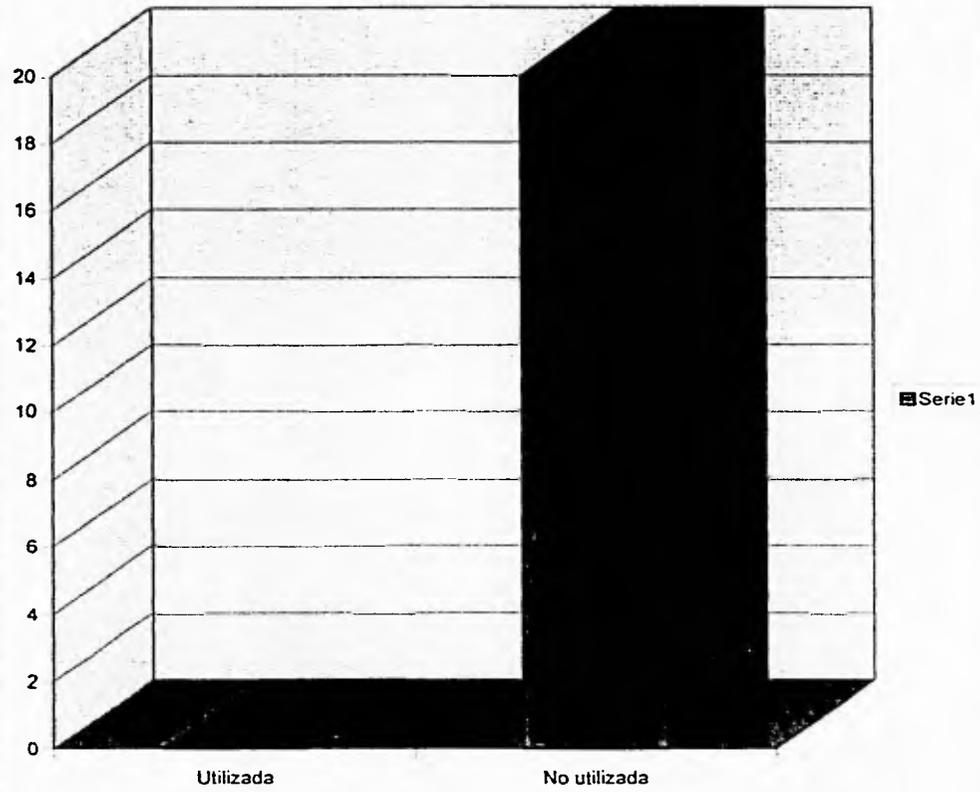
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RESTRICCIÓN FÍSICA



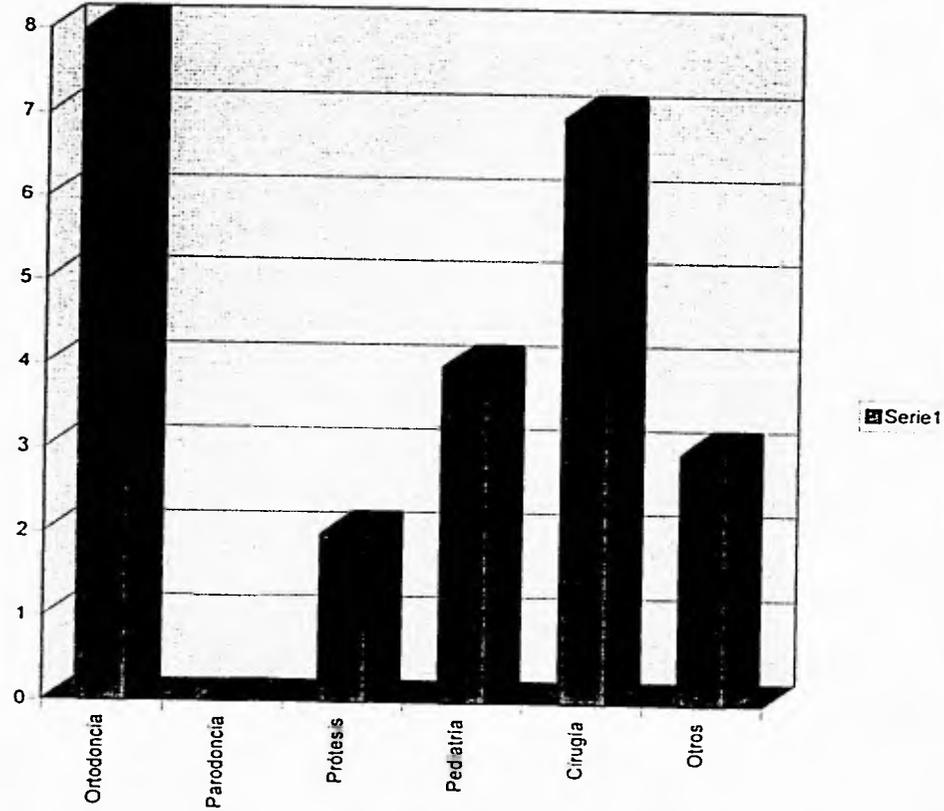
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE PREMEDICACIÓN



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE N2O

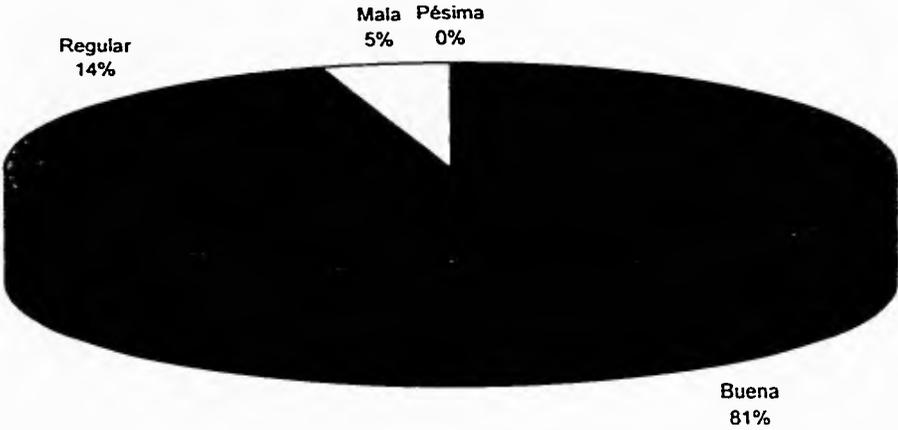


ESTUDIOS DE POSGRADO A FUTURO

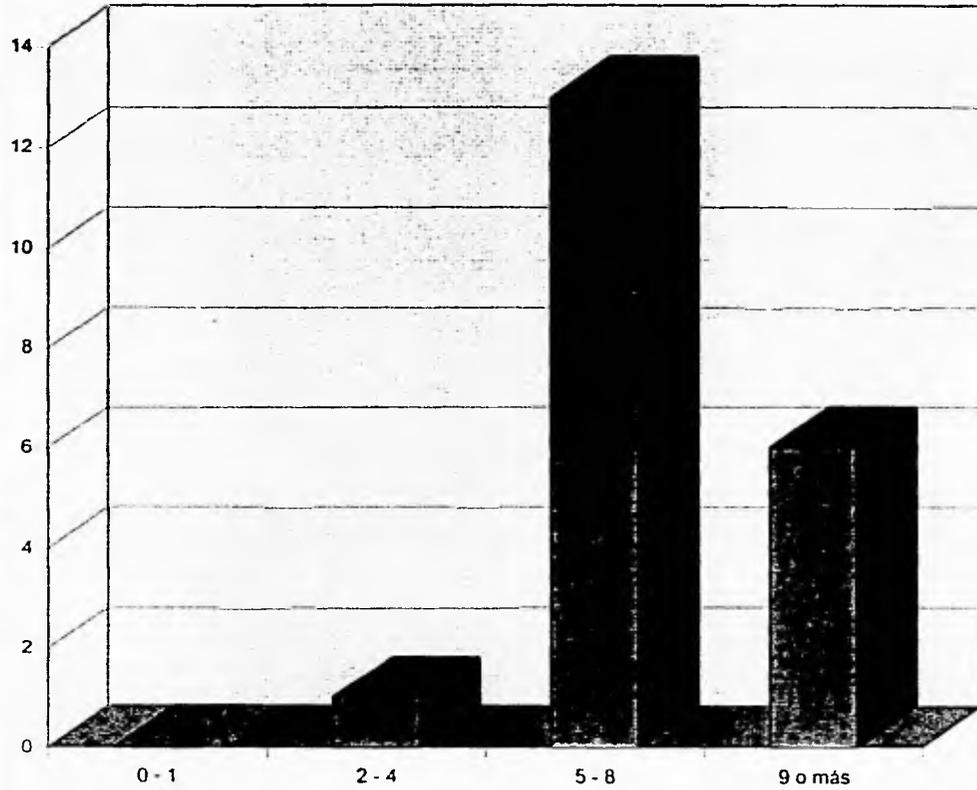


SEMINARIO DE
TITULACIÓN.

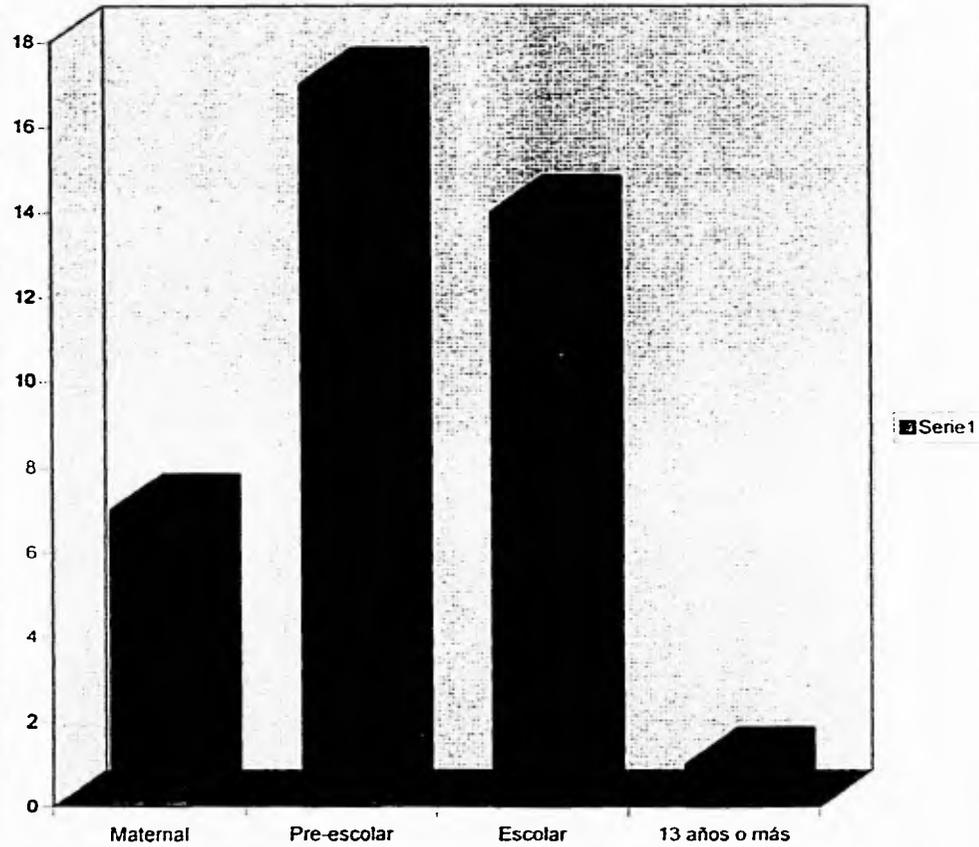
**EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DENTAL
PEDIÁTRICA**



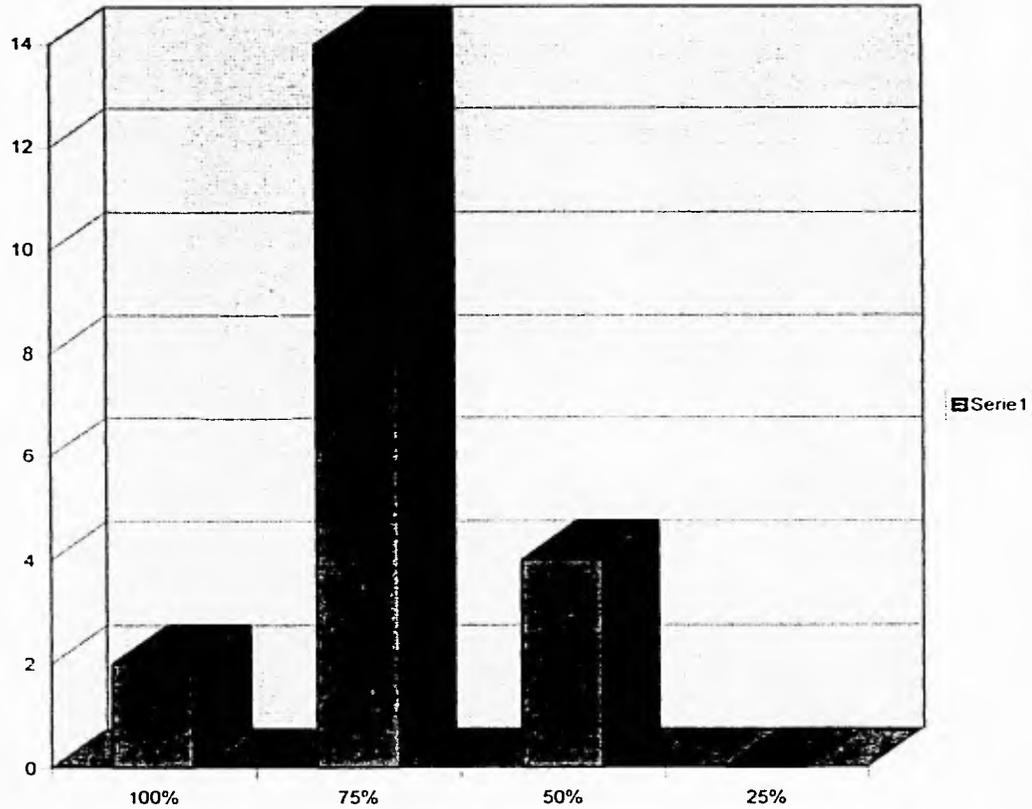
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS



ATENCIÓN DE PACIENTES POR EDAD ESCOLAR



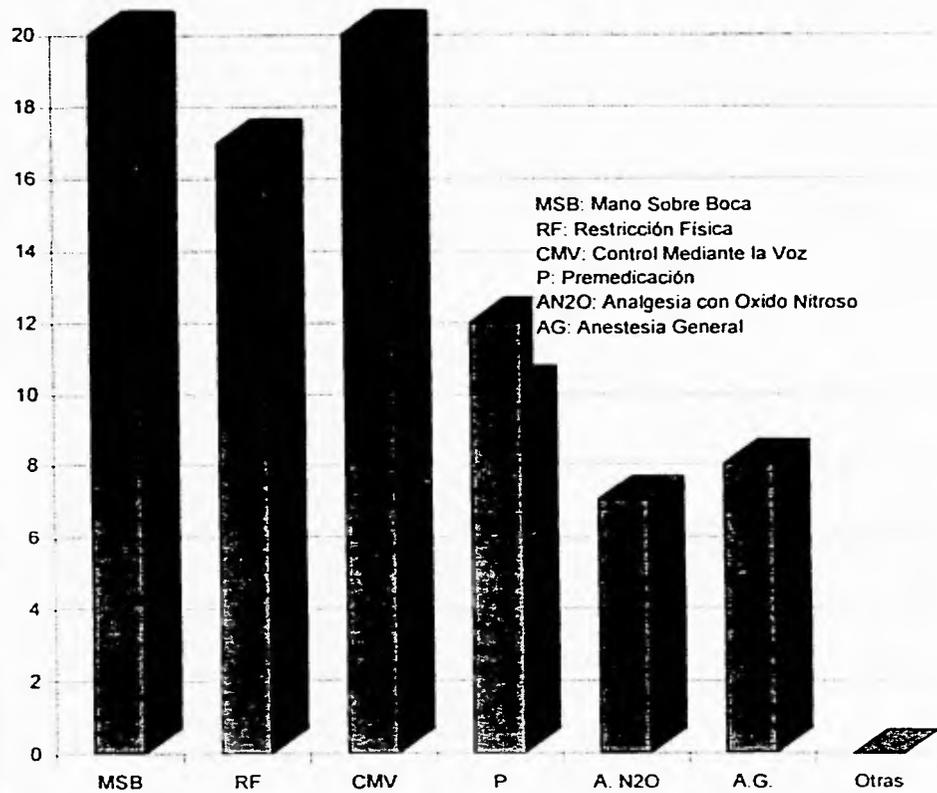
CAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN DENTAL



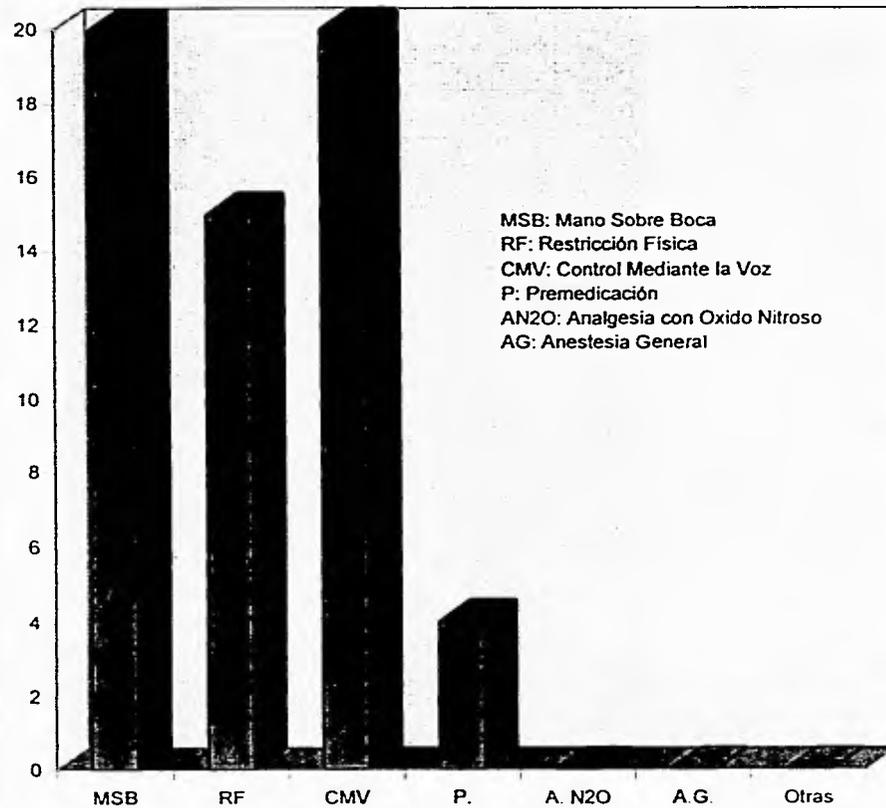
**ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA CONDUCTA,
MANEJO Y ATENCIÓN DEL NIÑO**



CONOCIMIENTO DE TECNICAS PARA MANEJO DEL NIÑO



TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS



MSB: Mano Sobre Boca
RF: Restricción Física
CMV: Control Mediante la Voz
P: Premedicación
AN2O: Analgesia con Oxido Nitroso
AG: Anestesia General

■ Serie1

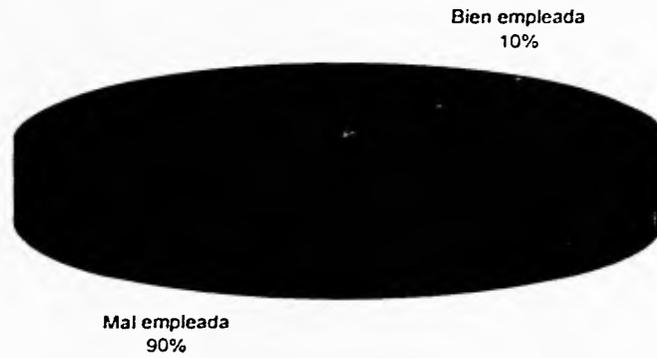
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA MANO SOBRE BOCA

Mal empleada
21%



Bien empleada
79%

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA CONTROL DE VOZ



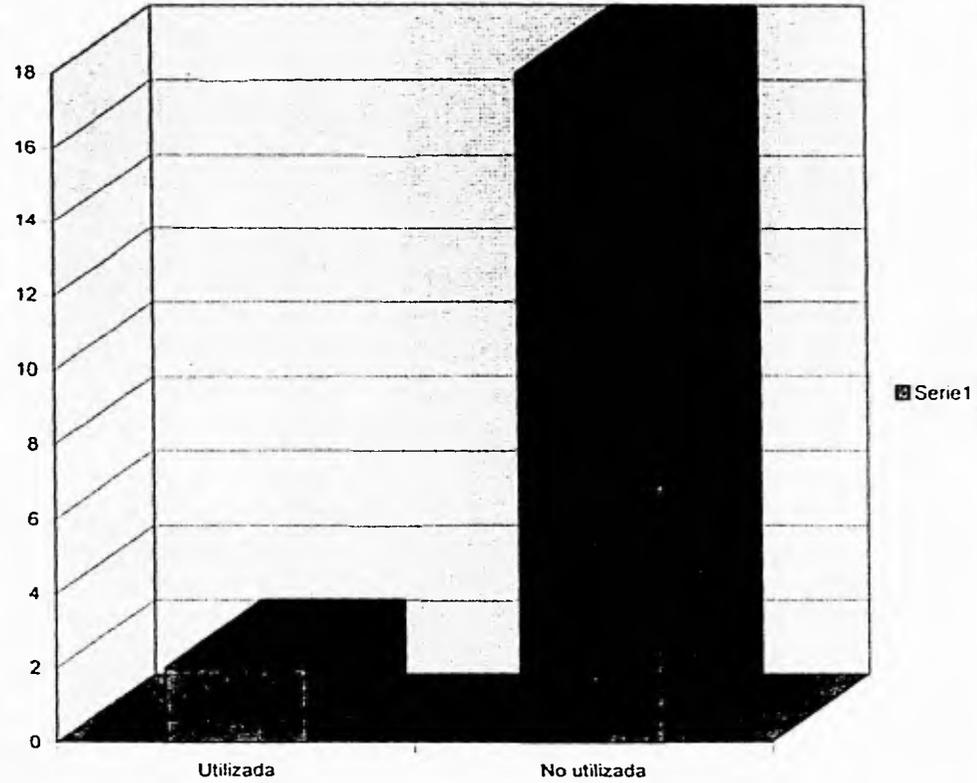
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RESTRICCIÓN FÍSICA

Mal empleada
10%

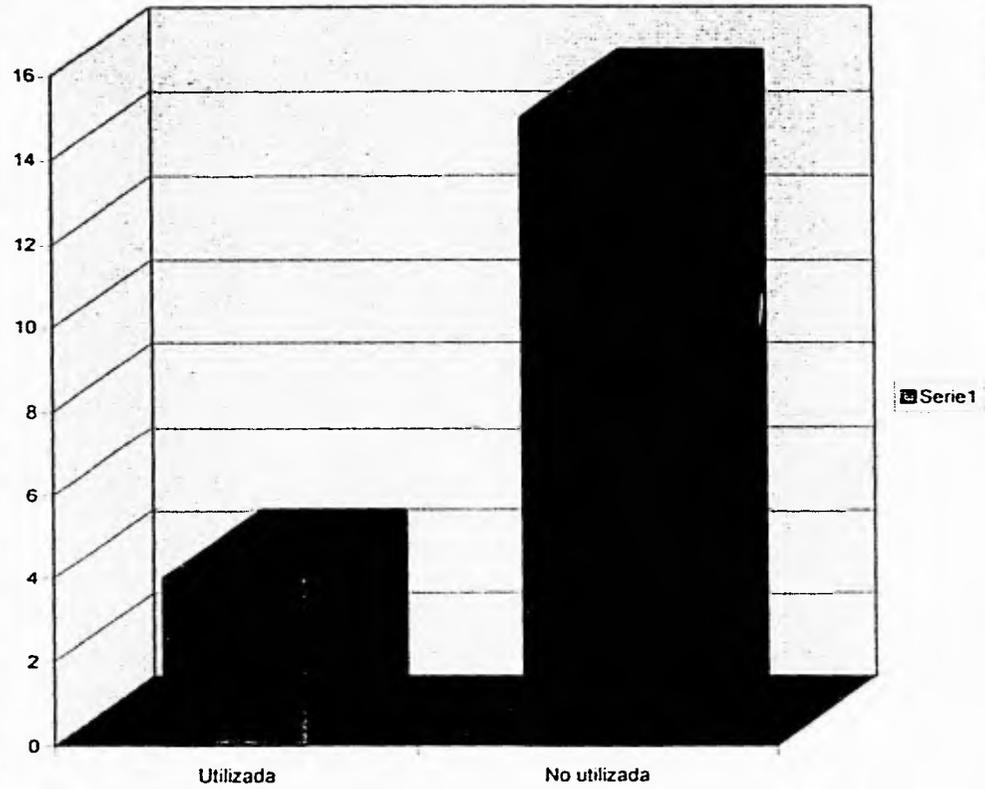


Bien empleada
90%

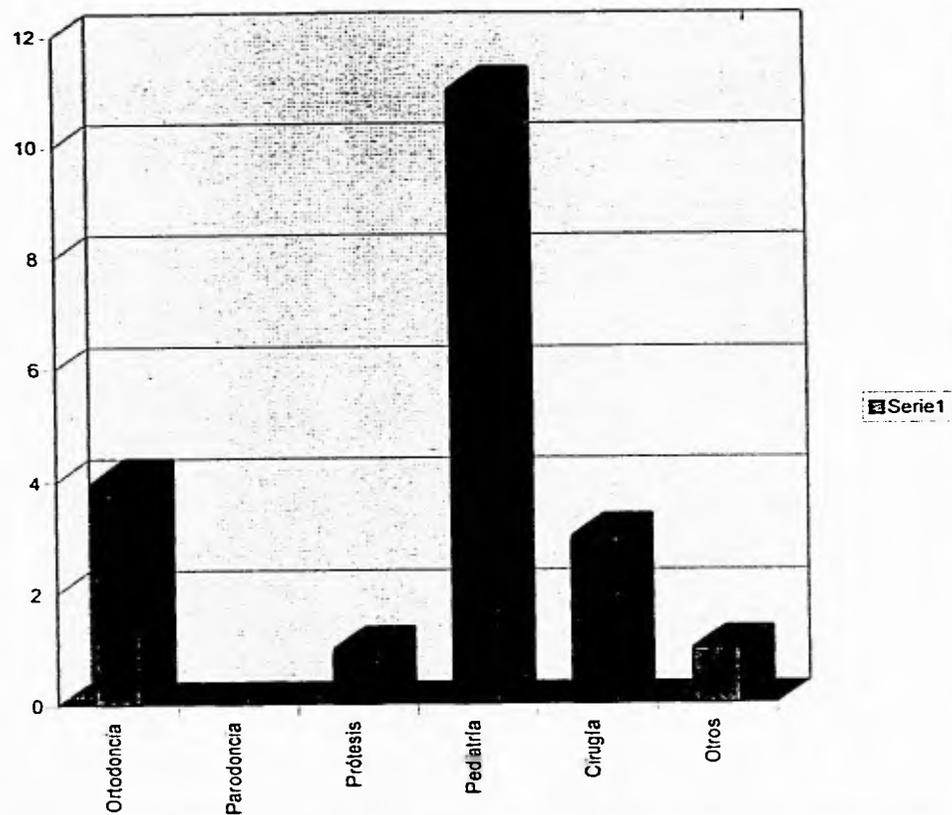
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE PREMEDICACIÓN



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE N2O



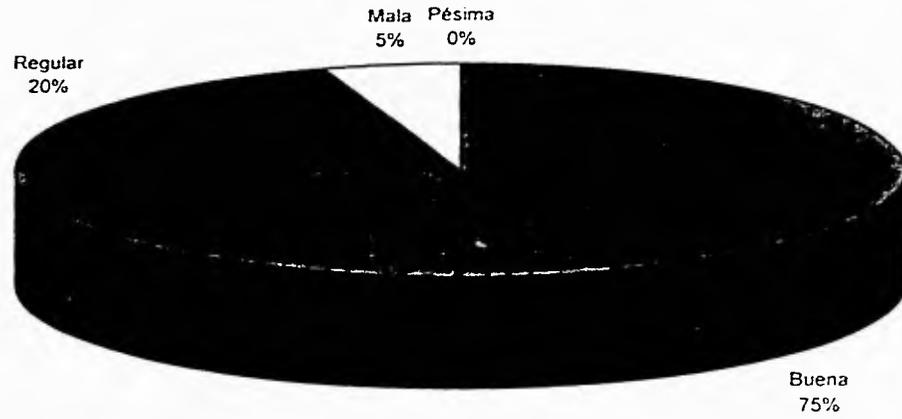
ESTUDIOS DE POSGRADO A FUTURO



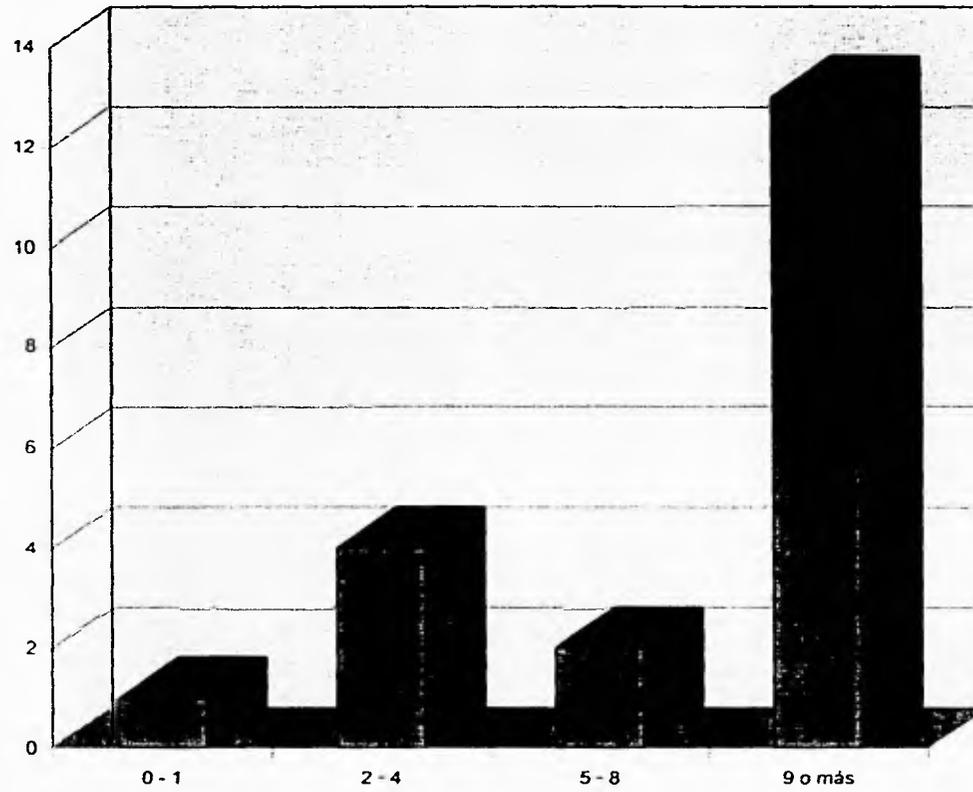
POSTGRADO

UNAM.

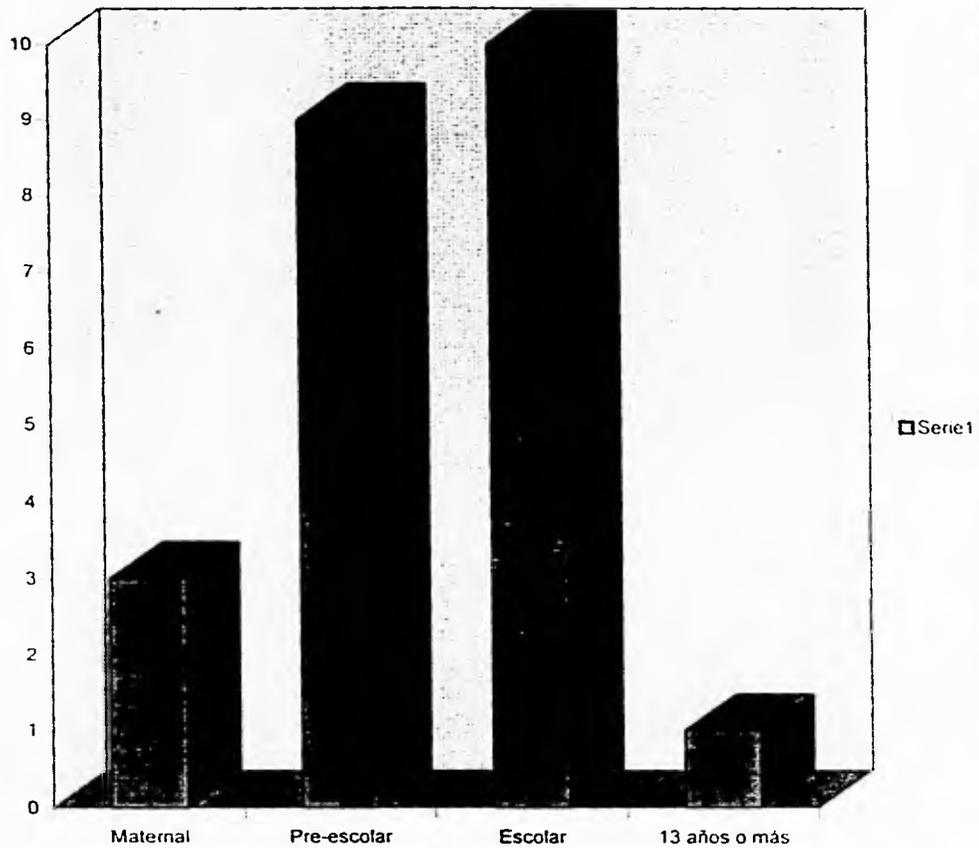
EXPERIENCIA EN ATENCIÓN DENTAL PEDIÁTRICA



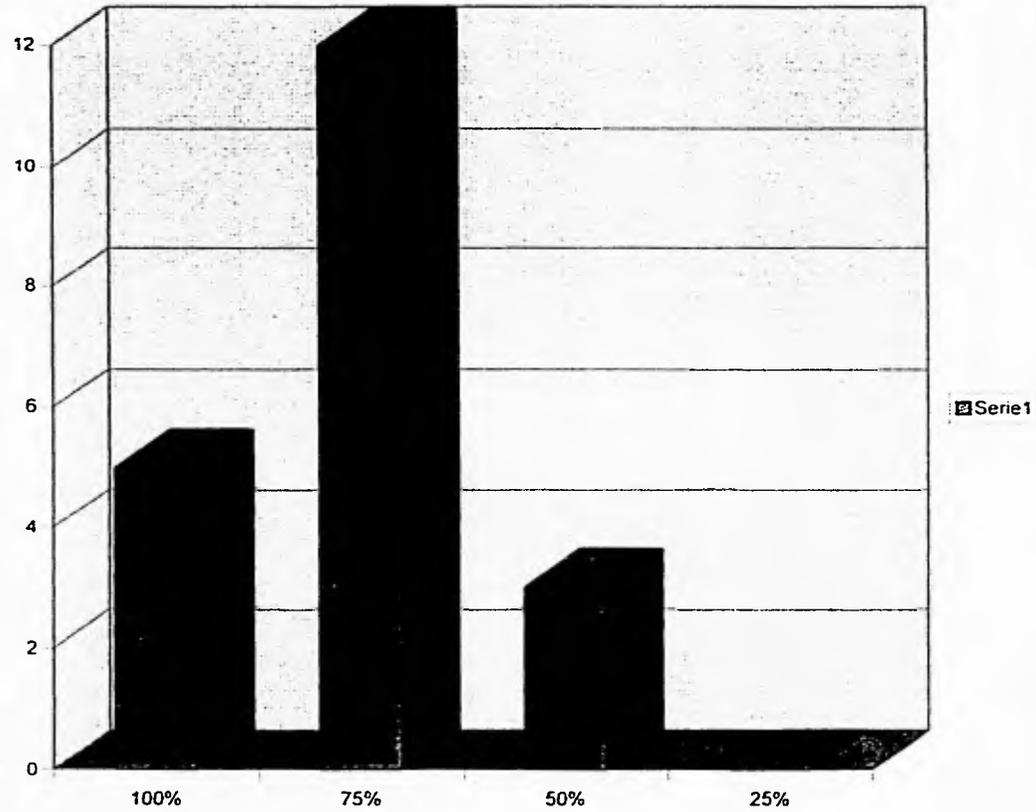
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS



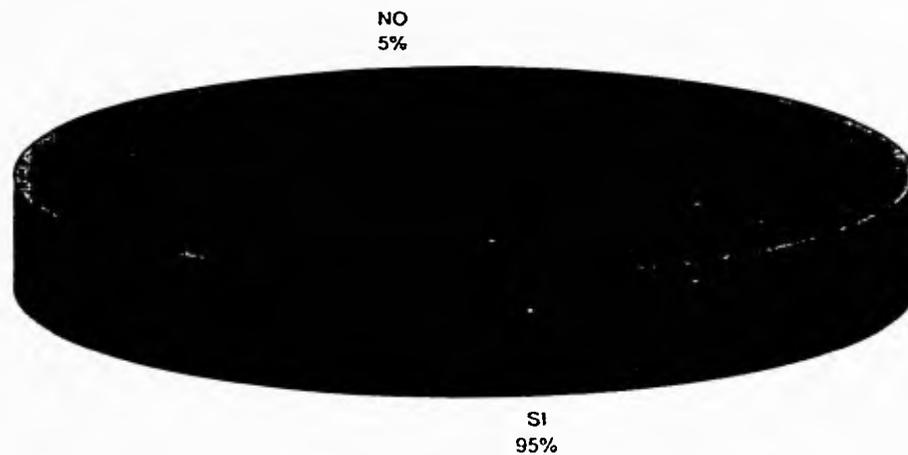
ATENCIÓN DE PACIENTES POR EDAD ESCOLAR



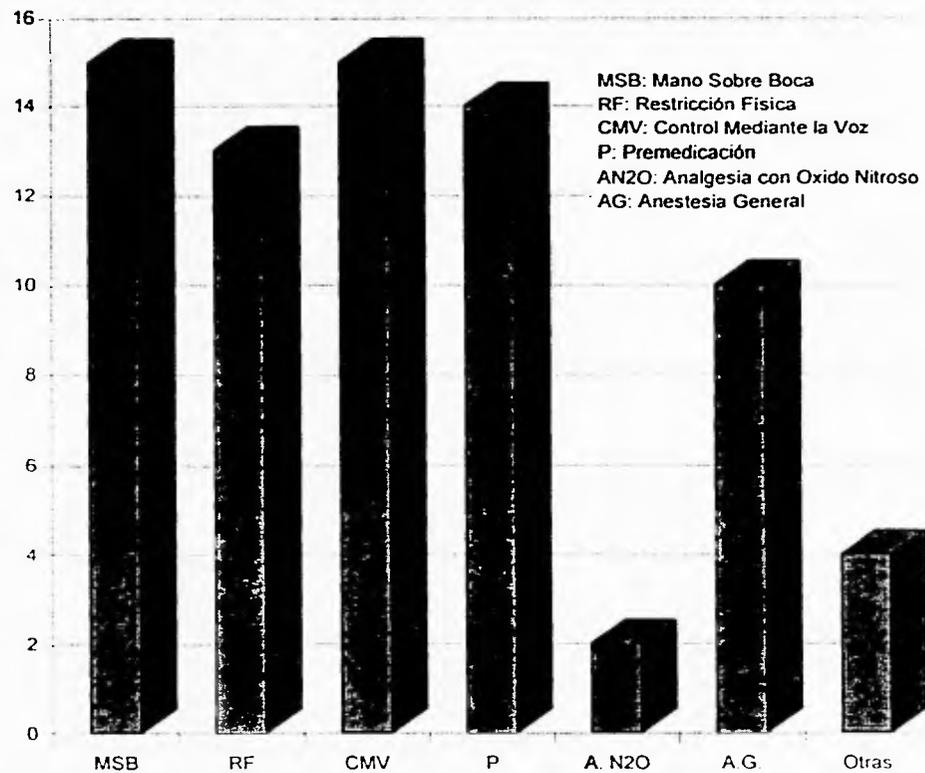
CAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN DENTAL



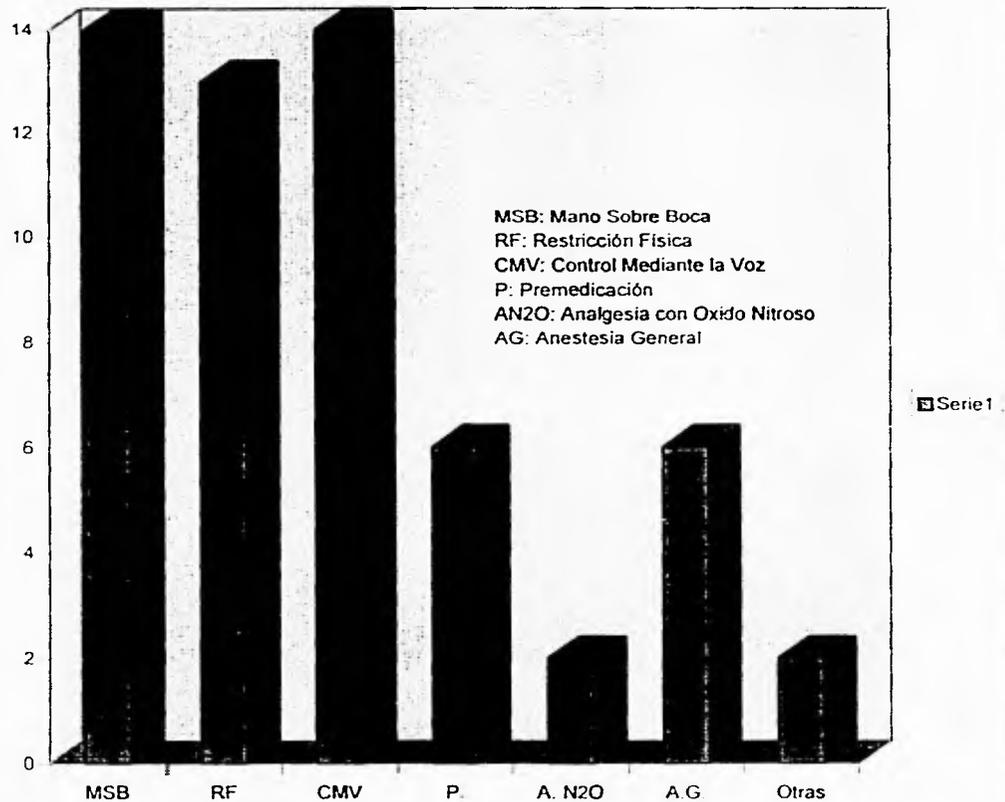
**ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA CONDUCTA,
MANEJO Y ATENCIÓN DEL NIÑO**



CONOCIMIENTO DE TECNICAS PARA MANEJO DEL NIÑO



TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA MANO SOBRE BOCA



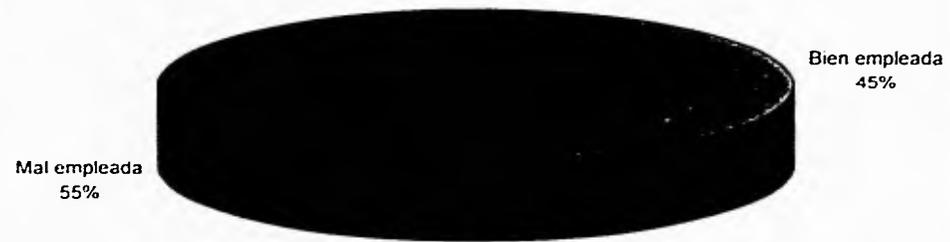
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA CONTROL DE VOZ

Mal empleada
50%

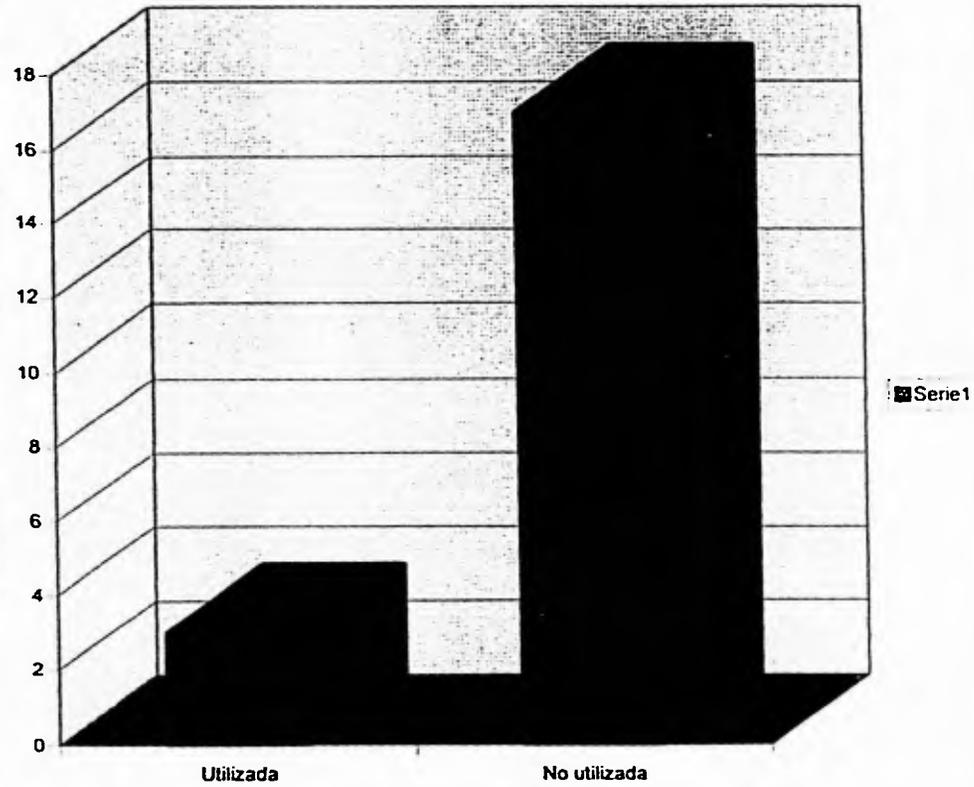


Bien empleada
50%

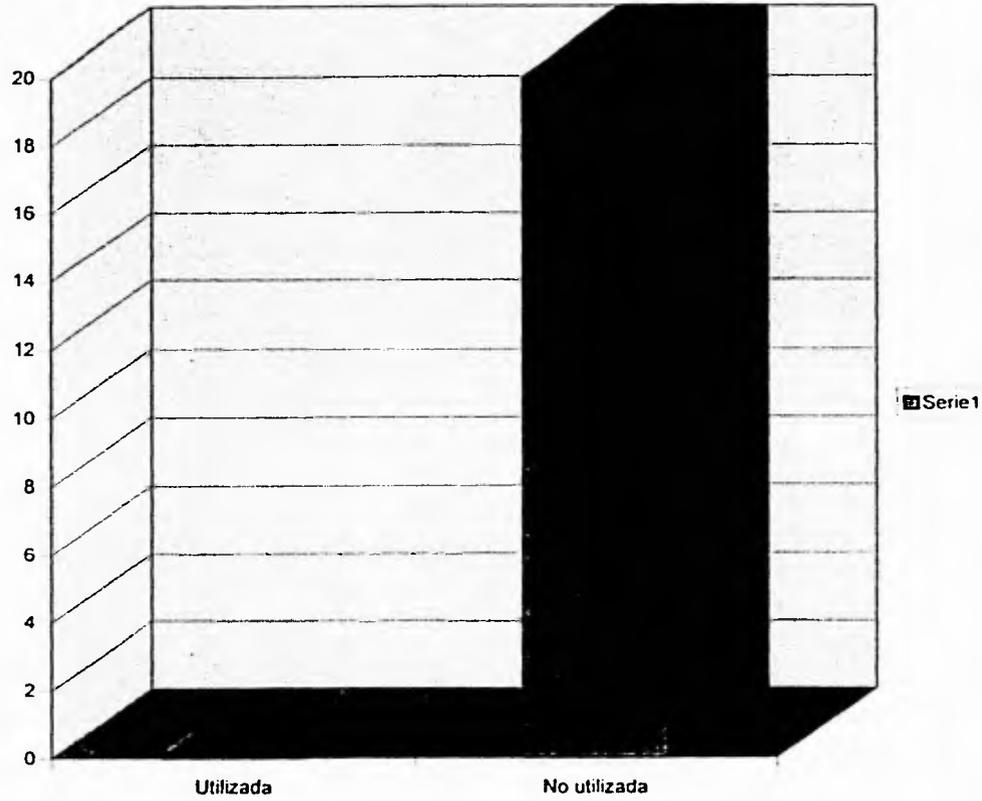
APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RESTRICCIÓN FÍSICA



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE PREMEDICACIÓN



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE N2O



CONCLUSIONES.

Se pudo comprobar que los alumnos de Postgrado son el grupo con mayor actualización y capacidad de conocimiento sobre el manejo y atención del niño en comparación con el grupo de seminario de titulación y licenciatura.

También, el número de pacientes que atiende éste grupo, es alto, pero su mayoría se concentra en la edad escolar, mientras que la edad maternal, la más difícil de atender, representa un índice muy bajo en cuanto a la atención, concentrándose ésta en las áreas de las clínicas de seminario de titulación.

En cuanto al conocimiento de las técnicas para el manejo del niño, no existe una amplia preparación en ninguno de los cuatro grupos; (Postgrado, Seminario, Licenciatura UNAM y UAM).

Por lo que, en la aplicación de las técnicas también existen deficiencias.

Pudimos observar que las técnicas más conocidas y aplicadas son:

En Postgrado y Seminario: mano sobre boca, restricción física y control mediante la voz.

A nivel Licenciatura: mano sobre boca y control mediante la voz.

Tomando en cuenta ésto, se deberá enfatizar más en la enseñanza correcta de estas técnicas, para lograr una mejor aplicación en el paciente pediátrico, y así brindar una atención satisfactoria.

Y por último llegar a una unificación de conocimientos acerca de las técnicas para el modelamiento de la conducta pediátrica dentro de las clínicas de odontopediatría.

BIBLIOGRAFÍA.

1. BARBER, Thomas K. Odontología Pediátrica. Ed. Manual Moderno. México, 1985.
2. FINN, Sidney B. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana. México, 1976. págs. 14-39.
3. LEYT, Samuel. Odontología Pediátrica. Ed. Mundi. Argentina, 1980. págs. 1-8.
4. MAGNUSSON, Bengt O. ODONTOPEDIATRÍA. Enfoque Sistemático. Salvat Editores, S:A. Barcelona, España, 1985. págs 33-45.
5. Mc. DONALD, Ralph E. Odontología para el niño y adolescente. Ed. Mundi. Argentina, 1987. págs 25-39.
6. RIPPA, Louis W. Manejo de la conducta odontológica del niño. Ed. Mundi. Argentina, 1984.
7. BARTON, Douglas HATCHER, Elizabeth. Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint. Pediatric Dentistry: January/February, 1993-vol.15, no.1. págs. 13-18.
8. DAVIS, Robert. McKIBBEN, David H. Child reaction to protective garb at the first dental visit. Pediatric Dentistry: March/April, 1993. vol.16-no.2.
9. GREENBAUM, Paul E, LUMLEY, Mark A. Dentist's reassuring touch: effects on children's behavior. Pediatric Dentistry. January/February, 1993. Vol.15. No.1. págs 20-24-

10. KUPIETZKY, Ari. HOUPT, Milton Y. Midazolam: a review of its use for conscious sedation of children. *Pediatric Dentistry*. July/August, 1993. vol.15. no.4. págs. 237-239.

11. KUHN, Brett R. ALLEN, Keith D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry*: January/February, 1994- vol.16.no.1. págs.13-16.

12. McKNIGHT, Carole. MYERS, David R. The use of behavior management techniques by dentist across practitioner type, age, and geographic region. *Pediatric Dentistry*: July/August 1993.- vol.15.no.4.págs.267-270.

13. PHERO, James C. Pharmacologic management of pain, anxiety, and behavior: conscious sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Pediatric Dentistry*: November/December, 1993. vol.15. no.6. págs. 429-434.

14. RADIS, Frank G. WILSON, Stephen. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. *Pediatric Dentistry*. March/April, 1994. Vol.16. no. 2. págs.121-121.