

NUEVA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LAS CLÍNICAS
ODONTOPEDIÁTRICAS DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EXTENSIÓN
SANTIAGO DE CALI

GUIOMAR QUIÑONES ARROYO
JUAN JOSÉ ORTEGA TRIANA
DIANA CAROLIN PAZ MARTÍNEZ
KATHERINE SÁNCHEZ RIVAS
RAUL RUBIANO SARRIA
PAULA MANRIQUE

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
SANTIAGO DE CALI

2005 - I

NUEVA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN LAS CLÍNICAS
ODONTOPEDIÁTRICAS DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EXTENSIÓN
SANTIAGO DE CALI

GUIOMAR QUIÑONES ARROYO
JUAN JOSÉ ORTEGA TRIANA
DIANA CAROLIN PAZ MARTÍNEZ
KATHERINE SÁNCHEZ RIVAS
RAUL RUBIANO SARRIA
PAULA MANRIQUE

Trabajo presentado como requisito para optar al título de odontólogo

Asesora Científico
DOMINIQUE GÓMEZ

Asesor Metodológico
BLANCA ACOSTA DE VELASQUEZ

Asesor Estadístico
HÉCTOR FABIO MUESES MARIN

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
SANTIAGO DE CALI

2005 - I

A Dios por el amor y la fortaleza que sembró en
nuestra vida para alcanzar con éxito las metas y
sueños anhelados.

A nuestros padres por su comprensión, tolerancia,
apoyo y esfuerzo, por estar presentes en nuestra
formación.

A nuestros hermanos por su ayuda y comprensión.

A nuestros profesores, amigos, testigos de sacar
nuestro proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por haber hecho posible toda nuestra vida.

A nuestros padres por su apoyo incondicional.

A todos aquellos que creyeron en nosotros durante el desarrollo de nuestro trabajo, de nuestra carrera y a lo largo de nuestra vida.

A la doctora Blanca Acosta nuestra asesora metodológica.

A la doctora Dominique Gómez nuestra asesora científica, por la orientación, apoyo y aporte de conocimientos.

A las clínicas de odontopediatría por su valiosa colaboración.

A los padres de familia y a sus hijos por su colaboración en la elaboración del video instructivo.

A Colgate Palmolive por aportar sus imágenes para la elaboración del video.

Al Colegio Odontológico Colombiano, el decano, docentes y personal que siempre fueron incondicionales.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1.1 Preguntas de investigación	13
1.1.2 Justificación	13
1.1.3 Marco teórico	14
2. DISEÑO METODOLÓGICO	48
2.1 TIPO DE ESTUDIO	48
2.2 POBLACIÓN	48
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	48
2.3.1 Criterios de inclusión	48
2.3.2 Criterios de exclusión	49
2.4 VARIABLES	49
2.5 SESGOS	49
2.5.1 Sesgos de selección	49
2.5.2 Sesgos de memoria	50
2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
2.7 PRUEBA PILOTO	50
2.7.1 Recolección de información	51
2.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	51
2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	52
3. RECURSOS Y CRONOGRAMA	53
3.1 RECURSOS HUMANOS	53
3.2 RECURSOS FÍSICOS	53
3.3 RECURSOS FINANCIEROS	54
3.4 CRONOGRAMA	55
4. RESULTADOS	56
5. DISCUSIÓN	57
6. CONCLUSIONES	58
7. RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Género	55
Gráfico 2. Comportamiento según escala de Frankl	55

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue implantar una nueva técnica para el manejo de comportamiento del niño, durante la consulta en la clínica odontopediátrica del Colegio Odontológico Colombiano extensión Santiago de Cali; utilizando así la técnica de modelado con video y la aplicación de la escala de Frankl durante la consulta. Se seleccionaron 60 pacientes niños entre los 5 y 10 años de edad que asistieron a la clínica odontopediátrica del Colegio Odontológico Colombiano extensión Santiago de Cali, a los cuales se les proyectó el video y se evaluó el comportamiento de acuerdo a la escala de Frankl por los investigadores independientemente previamente calibrados. Esta evaluación del comportamiento se realizó antes y después de aplicar la técnica en el paciente niño, en los diferentes periodos de la cita. Se encontró que la mayoría de los niños mejoraron significativamente su comportamiento observándose una mejoría gradual a través de las citas. Al comparar la conducta del niño en la consulta se encontró que 8 días después de la proyección del video un 53.3% había mejorado su comportamiento y a los 15 días después arrojó un porcentaje de 83.3% siendo así definitivamente positivo según la escala de Frankl. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el género.

Palabras claves: comportamiento, observación, consulta

GLOSARIO

AGITACIÓN: acción y acto de agitar.

ANSIEDAD: estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

CAPRICHOS: idea o propósito que forma una persona, en razón fuera de las reglas ordinarias y comunes.

COMPORTAMIENTO: conducta, modo de ser.

CONFUSIÓN: equivocación error.

DEPRESIÓN: síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas a veces con trastornos neurovegetativos.

EFECTO ADVERSO: consecuencia indirecta y generalmente adversa del uso del medicamento.

ESTRÉS: tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

FOBIA: temor irracional compulsivo, aversión obsesiva al alguien o algo.

HISTERIA: estado pasajero de excitación nerviosa producido a consecuencia de una situación anómala.

INHIBICIÓN: acción o efecto de inhibir o inhibirse.

INSTRUCTIVO: información recopilada, dada para el manejo de una cosa en especial.

INTERDISCIPLINARIO: que establece relaciones entre varias disciplinas o varias ciencias.

MANEJO: usar o dirigir de alguna manera conocida una cosa necesaria para el desempeño de otra.

MIEDO: perturbación angustia del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario.

PÁNICO: miedo extremo o el temor producido por la amenaza de un peligro inminente que con frecuencia es colectivo y contagioso.

TRASTORNO: alteración leve de la salud.

VENTAJAS: mejoría, superioridad o condición favorable de una persona o cosa respecto de otra.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿La nueva técnica intraproyectada eficaz para manejar el comportamiento en niños de 5 y 10 años de edad en la clínica odontopediátrica del Colegio Odontológico Colombiano extensión Santiago de Cali?

1.1.1 Preguntas de investigación

- ¿Es eficaz la proyección de la técnica para el manejo del comportamiento del niño?
- ¿Según la escala de Frankl los niños podrán adaptarse mejor a su consulta odontológica?

1.1.2 Justificación

La investigación fue motivada por el difícil manejo de algunos niños en la consulta odontológica. Esta situación lleva a buscar una solución con modelado de vidrio para disminuir el difícil manejo del comportamiento del niño.

Puede resultar de gran importancia para la comunidad odontológica recopilar la información consciente a este tipo de producto, saber si hay ventajas y desventajas proporcionando herramientas para el manejo oportuno, facilitando así los tratamientos de odontopediatria, tanto para el profesional como para el paciente pediátrica, manejando la técnica de video intraproyectado.

1.1.3 Marco teórico

Odontología Pediátrica

La odontología Pediátrica es una especialidad definida en la edad, que provee cuidados primarios y extensivos de prevención y curación en la salud oral, para infantes y niños hasta la adolescencia, incluyendo a aquellos que necesitan cuidados especiales de salud¹.

Odontología pediátrica

La comunicación con los niños. Para que un tratamiento tenga éxito en los niños pequeños lo primero que hay que hacer es establecer una buena comunicación con ellos. Si un niño participa en la conversación, se relajará y podremos obtener información sobre él. Hay muchas maneras de iniciar una conversación verbal con el niño, y su efectividad varía según la edad de éste. Generalmente, la mejor manera es hacer comentarios favorables sobre él y después preguntas a las que pueda responder con otras palabras que no sean sí o no. Lo primero que se debe hacer es explicarle al niño cuál es la tarea o el objetivo general a cumplir. Explicarle la necesidad de realizar el procedimiento. Un niño que entiende la razón de lo que se hace, es mucho más probable que colabore. Un niño que entienda la razón de lo que se hace, es mucho más probable que colabore. Posteriormente, el odontólogo debe mostrarle al niño los diversos aparatos antes de utilizarlos, explicándole cómo funcionan y trabajando con ellos.

El paciente pediátrico debe conocer lo mejor posible el procedimiento que se le está realizando. Con frecuencia se utilizan eufemismos para explicar los procedimientos empleados en la consulta y mejorar así la claridad del mensaje que se da a los niños. Estos eufemismos o sustitutos de palabras son, para muchos odontopediatras son como un segundo lenguaje. A continuación se exponen algunos ejemplos:

Terminología Dental	Eufemismos
Dique de goma	Impermeable de goma
Pinza de dique de goma	Botón para los dientes
Marco del dique de goma	Cierre o cremallera
Jeringa de aire	Pistola de aire
Extractor de saliva	Aspiradora
Modelos para estudio	Estatuas
Turbina	Silbato
Micromotor	Motocicleta
Jeringa de agua	Pistola de agua
Gel de flúor tópico	Soldado contra las caries
Sellante	Pasta dental
Gel de flúor tópico	Soldado contra las caries

Sinceridad

Al revés de lo que ocurre con los adultos, la mayor parte de los niños ven las cosas según un modelo dual tipo blanco/negro. Les cuesta entender los matices y, para ellos, las personas o les mienten o les están diciendo la verdad. De aquí que la sinceridad es extraordinariamente importante para incrementar la confianza es fundamental ser sinceros cuando se trata de niños².

Odontopediatría

Existen tres diferencias fundamentales entre estos pequeños primeros pacientes y los adultos.

1. El niño se comporta completamente diferente al adulto. Es muy difícil entender lo que le sucede al niño porque carece de la capacidad de expresar bien lo que siente. Además el niño por naturaleza es inquieto, por lo tanto es difícil mantenerlo mucho tiempo sentado y sin

moverse. Por lo tanto, el dentista debe tener mucha paciencia, creatividad, debe ser muy rápido y eficaz, de esa forma se logra entender al pequeño.

2. La dentición del niño. En los niños la dentición está en período de cambio, crecimiento y desarrollo. Dependiendo de si su dentición es Temporal o Definitiva es el tratamiento que se va a seguir.
3. Las diferencias morfológicas tanto en la cavidad bucal, como en las piezas dentarias. En el niño siempre va a estar saliendo nuevas y definitivas, estas son de mayor tamaño, por lo tanto, hay que tener especial cuidado en tratarlas de tal forma que se mantengan los espacios entre los dientes, para evitar dificultades posteriores.

La Odontopediatría es una especialidad muy amplia, la cual se relaciona con todas las otras especialidades de la Odontología. Esta trata todos los problemas bucales que afecten a niños entre 0 y 14 años.

El objeto principal de la **ODONTOPEDIATRÍA**, es preservar, mantener, cuidar la salud del Sistema Estomatognático para la deglución, fonación y masticación del niño. Para lograr esto no sólo se trabaja con el niño, sino que se trabaja con la familia del niño también.

Los **PADRES** juegan un papel muy importante ya que ellos son el modelo, un ejemplo para sus hijos, ellos inducen a sus hijos, y es parte de su labor educativa, además el niño cuando es muy pequeño no lo puede hacer solo, también puede ser alimenticios y de otros tipos como lo son mamaderas y chupetes.

Los niños son el futuro del mundo y creemos necesario hacer de la **PREVENCIÓN** una forma de vida, ya que eso implica incluso valores. Aún, pese a todo, sentimos que falta incentivo, todavía no llega a los huesos, todavía no lo hacen suyo (los niños). Pusimos, como lo dijimos al comienzo,

especial atención en los niños, sus padres, y el Dentista. Quisimos averiguar más profundamente, porque nos interesa mucho, acerca del Manejo del niño, su psicología y sus padres (cómo actúan).

Manejo del niño

Entendemos como manejo del niño a la orientación de la conducta del niño en la atención odontológica. Es importante que el Odontólogo comprenda que la conducta del niño, con un amplio conocimiento de las fases del desarrollo psicológico para poder establecer una comunicación niño-odontólogo basada en la confianza mutua, que permitirá la realización de un tratamiento integral. Además el niño normal está pasando por un crecimiento mental además de físico.

Comprender que el niño normal está adquiriendo constantes hábitos, dejándolos y modificándolos. Por lo tanto, este cambio puede ser el que diferencie entre una visita y otra. Cada niño tiene su ritmo y estilo de crecimiento, no hay niños iguales.

Las fases del desarrollo determinan la persona y el temperamento (en esta ocasión no definiremos las fases), pero para el desarrollo normal, es esencial que predominen las emociones placenteras, tales como: afecto, amor, alegría, curiosidad, felicidad. Ya que todas estas emociones llevan a sentimientos de seguridad. Esto no quiere decir que el niño debe también conocer emociones desagradables para aprender a tolerar frustraciones y mantengan un equilibrio emocional adecuado.

Hay niños que crecen en lugares y hogares en los cuales no tienen casi oportunidad de experimentar emociones placenteras. Se habla de privación emocional o falta de afecto. La conducta social se muestra agresiva y desobediente y en general cuando son atendidos encuentra una relación afectiva con el alumno que es altamente positiva. No siempre es tan fácil establecer una buena relación cuando el niño corresponde a un medio social alto ya que dispone de muchas persona a su alcance para realizar lo que desea.

Las reacciones emocionales tanto agradables como desagradables son muy breves en los niños. Cambia tanto como lo hace la causa que lo provoca.

TEMOR: El niño tiene un temor innato y uno adquirido.

INNATO: El niño nace con emoción, miedo como reacción de defensa a lo desconocido.

ADQUIRIDO: Por experiencias desagradables o que durante los primeros años el niño se considera como una esponja, absorbe todos los conocimientos y los temores de las personas que los rodean.

El profesional con mucho tacto debe hablar antes con los padres. La madre o también la nana, se preocupan de la alimentación de los niños, por lo tanto, ellas cumplen un rol fundamental ya que ésta debe ser sana, libre de elementos cariogénicos. Esta debe estar constituida por frutas, verduras, proteínas y deben ojalá evitarse las golosinas. (Las colaciones de los niños).

La PREVENCIÓN y conciencia odontológica se debe comenzar con la madre embarazada, motivarla y educarla desde un comienzo para evitar problemas posteriores. Por ejemplo: un problema muy común es el uso de chupete y mamadera, las cuales causan problema como:

1. Caries dentales.
2. Mordida abierta.
3. Mal posición de las piezas dentarias, etc.

Otro elemento que debe manejar el dentista, es la psicología del niño, la cual es muy importante al momento de atenderlo, es importante motivarlo, educarlo, hacerlo participe de lo que se le está haciendo, incentivar al niño a mantener su salud bucal, y una forma de ayudarlo es utilizando un vocabulario apropiado de modo que el niño entienda y aprenda. En esta ocasión, sólo nos dedicamos a observar conductas más que los tratamientos, ya que sentimos que es la base de todo.

Lo primero que vimos al entrar a clínica fueron pitufitos, pequeñas personitas, unas con caritas asustadas y otras sonrientes decididos a atenderse. Muchas estaban como en su casa, lo cual nos dio mucho gusto, había un ambiente de alegría que de seguro lo daban los niños. Cada uno con su dentista (el tío Dentista).

Métodos positivos en el manejo del niño

- Poca espera, para no aumentar la tensión que trae el niño
- Recordar que es receptor emocional, el niño reacciona emocionalmente ante cualquier situación.
- Sobreponerse al estado emocional del niño, no contagiarnos y sobreponernos a los estados emocionales del niño.
- No mentirle para no destruir la confianza que el niño tiene con su dentista.
- Demostrar seguridad, sinceridad, positivo interés, comprensión. El niño necesita ser comprendido.
- No ridiculizarlo, ni avergonzarlo. Al niño debe dársele enseñanzas positivas sin ridiculizar ni avergonzarlo.
- La palabra debe proceder de la acción. Cuando comenzamos a trabajar siempre debemos decir lo que haremos.
- Hablarle en momentos que oiga de sus intereses.
- Aprovechar su susceptibilidad y su espíritu de imitación, familiarizarlo con el ambiente, hacerlo participar, etc.
- Aprovechar su espíritu imaginativo: Dime, qué sientes?. Levanta tu dedito cuando no quieras más, etc.
- Rapidez en la labor, decisión en la realización.
- El niño tiene un umbral de agotamiento muy corto, las sesiones deben ser cortas. Se debe trabajar rápido, debemos estar decididos en lo que haremos, debemos ser ordenados y tener todo nuestro instrumental y materiales preparados de antemano³.

Odontopediatría

LA ODONTOPEDIATRÍA, la cual se refiere al diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades bucales y derivados de ella en pacientes que van de los 0 a los 14 años.

Nosotros pensamos... ¡Qué importante y difícil es esta especialidad!... ¿Por qué?, porque es una disciplina en la que el odontólogo debe integrar toda una gama de conocimientos y principios biológicos, bioquímicos, estructurales y técnicos para un individuo que está en constante cambio, debido a su desarrollo físico y su ámbito psicológico en formación, por lo que debe también el profesional, aplicar principios de psicología infantil, medicina pediátrica, entre otros; y todo esto para poder atender al niño-paciente y lograr un tratamiento, una prevención y una educación exitosa.

Así, la odontopediatría, frente a los principios de la protección de los jóvenes contra daños evitables, reconocimiento temprano y óptimo tratamiento de las enfermedades de los órganos masticatorios, enseñanza de la importancia y utilidad de una higiene bucal sistemática para gozar en la adultez de una dentadura sana, no olvidará que es importante comprender que a pesar de que hay leyes básicas del desarrollo y del crecimiento, que explican las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias muy notables en cada individuo, producto de los diferentes resultados de la interacción de cada ser con su entorno interno, externo y social. Y aquí es donde entra en juego el conocimiento, la experiencia y la "intuición" de nosotros los odontólogos, puesto que cada niño está diferente, habrá que tratarlo de manera distinta, habrá que comprenderlo, ayudarlo y estimularlo para obtener tanto un tratamiento o una educación, como también una experiencia exitosa, puesto que si es la primera vez que visita el dentista, y ese dentista es justamente UNO, debe tratar de que el niño desarrolle una experiencia positiva, para así poderlo educar y concientizar sobre su salud bucal y de todo su sistema estomatognático.

La odontopediatría es una disciplina que no fue considerada como tal desde el principio, puesto que si bien es cierto, a mediados del siglo XVIII, Bunon y otros, hablaban sobre la necesidad del tratamiento infantil, pero los primeros indicios de la atención odontológica social de niños data sólo de 1810, en los trabajos de Delevarre, en París. En 1815, por Devergani, en Italia, fue recomendada la atención odontológica de niños escolares, en 1852 por Talma, en Bruselas, en 1890 por Roese, en Friburgo, y a partir de estos primeros trabajos dados a conocer por estos científicos, es que se comenzaron a desarrollar estudios de dientes enfermos en niños y jóvenes.

Si bien es cierto, la odontopediatría abarca todas las demás ramas de la odontología, adaptándola a la realidad del niño y del adolescente, nosotros nos referiremos en el siguiente informe a lo poquito que alcanzamos a conocer de esta bella especialidad, puesto que la idea no es traspasar los datos de un libro a este informe, sino más bien entregar el conocimiento recibido y la experiencia interiorizada⁴.

ATENCIÓN DEL NIÑO

Conocimientos básicos para la auxiliar sobre el manejo de la ansiedad dental en los niños

El niño es un ser en constante desarrollo, su evolución es cualitativa y cuantitativamente más importante que la del adulto.

Este proceso de desarrollo depende de las continuas interacciones con el ambiente que le rodea, de tal forma que el niño interacciona con su ambiente modificándolo y esta ambiente a su vez influye sobre el niño y lo modifica.

Debido a que en la infancia se sufre múltiples experiencias de enfermedad, el niño tiene frecuentes oportunidades para experimentar las sensaciones propioceptivas relativas a la fiebre, malestar general, cefaleas, etc.; y adquirir experiencia sobre los recursos terapéuticos –jarabes, inyecciones, pastillas- etc.

Este tipo de experiencias le permiten conocer los procedimientos y técnicas diagnósticas y el papel de los profesionales de la salud.

Las ideas sobre la salud, enfermedad y el funcionamiento del organismo que tiene el niño van variando a lo largo de los años en función de sus experiencias y los conocimientos teóricos que van incorporando.

El concepto de enfermedad va conformándose a medida que se adquieren nuevas experiencias en las diferentes etapas de la vida.

En la situación ideal de los niños deberían visitar la consulta dental seis meses después de la erupción de los primeros dientes. Lamentablemente, la primera experiencia en la consulta dental en la mayoría de los casos se debe a un problema concreto que la madre considera que tiene el niño o una lesión de la que el niño se queja espontáneamente. Una visita en la que no se controle adecuadamente la ansiedad dental, y no se ayude al pequeño paciente a vivir la experiencia como algo positivo puede ser de considerable relevancia en la futura aptitud de ese paciente ante el odontólogo.

En el manejo de la ansiedad dental, el papel de la auxiliar dental, con una formación adecuada, representa un recurso de incalculable valor.

Las técnicas de distracción conjuntamente con las de decir, mostrar y hacer, son actualmente en Odontología Pediátrica las que se utilizan con mayor éxito, y para que funcionen adecuadamente se precisa de auxiliares con conocimientos básicos en diferentes etapas de desarrollo del niño⁵.

Factores de relevancia para ayudar en el control de la conducta

Características de la personalidad según la edad

Con dos años, el niño realiza actividades motoras generales, le gusta ver y tocar las cosas, juega solo, su vocabulario es limitado y no le gusta esperar. Las ordenes y la técnica han de ser lo más cortas posible.

A los tres años es menos egocéntrico, intenta agradar y es capaz de comprender y realizar ordenes verbales. También a esa edad hay que dar ordenes sencillas y se debe premiar la conducta positiva.

A los cuatro años intenta reafirmarse, imponerse, puede tener accesos de ira, en ocasiones intenta escaparse. Participa en pequeños grupos sociales y posee una gran imaginación. Son pacientes que necesitan mucha firmeza pero intentando razonar con ellos.

Los cinco años son un período de consolidación de la personalidad, el niño reflexiona, es confiado y esta bien equilibrado. La madre es el centro de su mundo y le gusta estar cerca y agradarla. Con estos pacientes se debe ser firme y utilizar elogios y alabanzas.

Los seis años es un período de cambios, en el cual pueden darse rabietas violentas y temores exagerados a lesiones en el cuerpo, no aceptan bien las críticas, necesita tener razón y ganar. En esta edad debemos elogiarlos mucho, darles explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

A los siete años el niño es más caprichoso, exige mucho de sí mismo, piensa que los demás están en su contra y que los padres son injustos. Trata de cooperar porque desea aprobación, necesita comprensión sin demasiada indulgencia.

A los ocho años son la edad de la exploración intelectual, es expansivo y rápido pero le gusta dramatizar las cosas. Se debe tener en cuenta su nivel intelectual, manteniendo firmeza.

Con nueve años el niño es independiente y confía en si mismo, le interesan más los amigos que la familia, puede ser rebelde a la autoridad y tolerante en general. A esta edad es importante no criticar demasiado y fomentar que se haga responsable de su conducta.

A los once años existe una creencia en la justicia, el trabajo en equipo, en esta etapa se debe intentar interesarles y tratarles con justicia.

Entre los 12 y 18 años es la búsqueda de la identidad, el rechazo a la autoridad de los padres, temor a ser etiquetado de diferente, tiene interés por el aspecto personal. Se debe tratar como a un adulto.

Lo anteriormente expuesto no son más que esbozos de las tendencias de la conducta en las diferentes edades, es la capacidad de observación la que permitirá al o la auxiliar dental valorar en el momento y con cada paciente la actitud que permita conseguir hacer al paciente la visita más agradable.

Es importante comprender que ciertos comportamientos son lógicos a ciertas edades, pero no a otras y que la edad cronológica no va ser forzosamente un predictor de la conducta. También debemos destacar que no es extrapolable la conducta de niños, como la peluquería, o el pediatra a la consulta dental.

Tiempo de trabajo

Los espacios de tiempo en el que el niño presta atención o se mantiene quieto van a ser diferentes según la edad y experiencia del niño. Por ello es preferible planificar de antemano períodos de intervención cortos que se podrán ir prolongando en la medida que el tratamiento dental avance.

En los niños menores de 5 años no es conveniente trabajar tiempos superiores a 5 minutos seguidos y sesiones con tiempo superior a 30 minutos.

Descripción de las sensaciones

El niño puede tener problemas a la hora de describir las sensaciones interoceptivas, lo que puede dar lugar a confusiones (dolor-hormigueo en anestesia troncular) o errores terapéuticos (insuficiente anestésico).

Debemos proporcionar al niño un vocabulario (notas como un "hormigueo", "parece que está dormido"),... que designe el tipo de sensaciones nuevas que está experimentando por primera vez.

Presencia de los padres

La presencia de los padres en la consulta es un tema controvertido, en general los profesionales se sienten incómodos ante la mirada ansiosa de los padres.

Se afirma que la presencia de los padres es útil en niños menores de cinco años.

La decisión en definitiva debe ser un acuerdo entre el odontólogo o estomatólogo, los padres y el niño. Sin embargo la auxiliar puede ser muchas veces un punto de apoyo importante para el profesional y un individuo más próximo a los padres. La manera en como la auxiliar actúa al ir a buscar al niño a la sala de espera puede ser en ocasiones determinante.

En resumen todos estos conocimientos y muchos más debe tener una auxiliar para ayudar de forma eficiente al odontólogo o estomatólogo en el control de la ansiedad de los niños y de los padres ante una visita odontológica.

Requisitos del equipo de trabajo

Los miembros del equipo de trabajo de odontopediatría deben tener capacidad para tratar al niño durante sus visitas a la clínica, para que éste pueda recibir las atenciones odontológicas más inmediatas y para que a largo plazo vaya aprendiendo a mantener la salud dental de forma natural. Pero también deben conocer las características psicosociales y habilidades generales más frecuentes que pueden presentar los niños en las diferentes etapas de la vida, para poder comprender y prever la conducta que se puede esperar de ellos.

En odontopediatría se establece una relación conocida como el triángulo de tratamiento odontopediátrico (Gerald Z. Wright).

El niño figura en el vértice del triángulo, representando el foco de atención de la familia y del equipo de trabajo de la clínica.

La relación de los elementos del triángulo es dinámica y cambiante y la comunicación debe ser recíproca. Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta, el equipo de trabajo debe comprender su conducta y la de sus padres, también debe ganarse la confianza del niño y de los padres, para ello en la primera visita se debe conseguir toda la información posible en este sentido⁶.

Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad

En la actualidad contamos con un sistema utilizado por los investigadores conductistas que es la llamada escala de puntuación del comportamiento de Frankl en la cual se divide el comportamiento observado en cuatro categorías, que van desde las muy positivas a las muy negativas, esta es una descripción de la escala: "puntuación 1 muy negativo; el niño@ rehúsa el tratamiento grita, forcejea, tiene miedo o presenta cualquier otro signo extremo de negación. Puntuación 2 negativo; el niño@ es reacio a aceptar el tratamiento, no colabora, y muestra signos de actitud negativa, pero sin manifestarlo con palabras (huraño, retraído). Puntuación 3 positivo; el niño@ acepta el tratamiento, es cauteloso pero muestra voluntad para colaborar con el odontólogo y sigue sus instrucciones. Puntuación 4 muy positivo; el niño@ muestra una buena relación con el odontólogo, se interesa con las técnicas odontológicas, ríe y se la pasa bien"^{2,7,10,12,16}

Se estudiaron los factores que más influyeron en la aparición del miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad, apoyados en las encuestas y en la primera visita al estomatólogo. Se encuestaron 50 niños cubanos con sus madres y 27 estomatólogos en relación con los factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico. Como resultado se obtuvo que: los niños con buen estado de salud se comportaron mejor en la consulta que aquellos que se enferman con frecuencia; la separación de los padres como factor emocional influyó en el miedo al tratamiento dental; la mayoría de las madres se mostraron ansiosas en el momento de la consulta y ante la separación de los hijos; existían estomatólogos con pocos años de experiencia en el trabajo con los niños y que no habían recibido cursos de superación en Psicología Infantil y Odontopediatría. El comportamiento del niño fue más difícil ante la separación materna, en lo que contribuyeron las características psicológicas propias de la edad y la ansiedad materna a la hora de la consulta. Se encontró que hubo muchos niños con reacción negativa a la separación de la madre y que a medida que aumentó la edad, el comportamiento del niño en el consultorio estomatológico, la ansiedad materna a la separación del hijo y la ansiedad del niño a la separación de la mamá, disminuyeron.

El ejercicio de la odontopediatría o estomatología infantil es una tarea difícil para el estomatólogo general u odontopediatría, porque no se puede ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas bucodentarios. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional donde la relación humana, odontopediatría, niño y padres es fundamental para el éxito del tratamiento odontológico. **La relación entre el profesional y el niño puede considerarse como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento.**

En los niños hasta los 7 u 8 años esta relación es mediada por los padres, haciendo que la misma asuma un formato triangular, principalmente cuando el paciente es capaz de la verbalización, la infancia es la edad que más requiere preparación psicológica por parte del profesional, y todo el desarrollo posterior del tratamiento dependerá de cómo fue la preparación inicial.

Los niños hasta los 3 o 4 años, experimentan más miedo debido al factor de su inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre y ansiedad ante extraños que hacen parte del repertorio de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño. El miedo odontológico como cualquier otro miedo infantil, es probablemente determinado por factores, situaciones inespecíficos que tienden a disminuir con el aumento de la edad y la madurez.

Existen factores que pueden agravar la causas del miedo del niño, entre los cuales tenemos:

- Estados de salud del niño
- Situaciones emocionales especiales
- Forma en que el niño es tratado en casa
- Forma del comportamiento familiar y
- Forma en que el niño es tratado por el estomatólogo o el odontopediatra⁷

Manejo del Niño en la Consulta

Manejo y modificación de la conducta no farmacológico del paciente odontopediátrico.

Tradicionalmente, se relacionaba con la buena mano y el carisma personal que el dentista de niños tenía con sus pacientes, esto se traducía también como el excelente manejo del llamado rapport, éste conocimiento, en este tiempo se trasmitía sólo a través de preceptorados. Con el advenimiento de las escuelas dentales en los Estados Unidos se empieza a incorporar también un método científico de aproximación psicológica al paciente odontopediátrico, con tablas de desarrollo psicomotriz como las de Arnold Gesell y otras para darse una idea de la situación que guarda el paciente y complementar la imagen diagnóstica que de él se tenía, sin embargo estas tablas no nos preparan realmente para establecer una propedéutica adecuada o líneas de juicio acertados de donde partir y evaluar para entonces poder producir una experiencia medible y por consiguiente susceptible de ser mejorada, perfeccionada y transmitida.

Al odontopediatra se le indica que debe conocer las diferentes pautas de conducta de sus pacientes, teniendo en cuenta que éstos pasan por diferentes etapas de crecimiento y desarrollo. Tomando en cuenta que el niño es un ser humano en desarrollo, sumamente emocional y de pronta reacción, el nexo fundamental del odontopediatra con su paciente se debe a que la zona de acción directa, la boca, tiene una gran importancia en el desarrollo psicoemocional del individuo y al hecho de que aún persiste en sociedades como la nuestra la asociación consulta odontológica dolor temor. Por lo cual diferentes odontopediatras en un esfuerzo por entender mejor la psique del paciente han intentado esa aproximación a la psicología en el estudio del miedo la ansiedad o el estrés dando como resultado clasificaciones como la siguiente:

- Temor objetivo
- Temor subjetivo

Él nos menciona que el promedio de temor desciende notablemente entre las edades de tres a seis años. La cual se puede atribuir a:

- Comprensión de que no hay que temer
- Presión social para ocultar el temor
- La imitación social
- La orientación de los adultos
- El grado de maduración psicosomática

Gran parte del tratamiento odontológico necesita de la ayuda del niño para que el se sobreponga a sus temores y acepte las técnicas especializadas adecuadas.

El odontopediatra debe conocer cuál es el patrón de conducta característico de cada edad, entendiendo que cada período cronológico y cada niño se caracterizan por patrones de conducta distintos los cuales dependen de:

- Su nivel de desarrollo psicomotor
- Su nivel de desarrollo emocional
- Las influencias o formación de su medio ambiente
- La estructura básica de su personalidad

Pero el punto crucial es como se tomó la decisión de aplicar tal o cual terapia de manejo de la conducta y como se fundamenta esa decisión.

Al respecto, el odontopediatra cuenta con más clasificaciones, ahora de la conducta del niño. Lampshire, Geral Right, Frankl, sobre la base de la respuesta del paciente a la experiencia clínica dental directa se clasifica al paciente en alguno de sus rubros y en consecuencia sugiere una terapia de conducta. La cual nuevamente carece de parámetros sustentables, ¿o será que también las ciencias del comportamiento, padecen de ésta misma carencia?

Esta situación nos conduce a estandarizar la toma de decisiones, sobre la terapia de la conducta y por ende a generalizar siendo una consecuencia frecuente el fracaso de la terapia porque en realidad no se tiene ni la más remota idea del grado de madurez psicológica del paciente, por lo que las escalas mencionadas son cuestionables.

En relación con la odontología la meta ideal a alcanzar sería la obtención de una conducta relajada y cooperadora durante el tratamiento odontológico cualquiera que sea la índole de este.

Dentro de las diferentes variantes de control y modificación de la conducta del paciente odontopediátrico, hay una aproximación que promete responder las preguntas hechas al final de éste documento, se trata de la de sensibilización sistemática.

Para el caso entonces, en el tratamiento odontológico la modificación conductual, se basa en una introducción planeada a los procedimientos terapéuticos, para entrenar gradualmente al niño a aceptar el tratamiento en un modo relajado y cooperador. Los pasos que pueden definirse para la introducción del tratamiento a un niño promedio de edad escolar son:

- Examen de profilaxis
- Selladores de fisuras y aplicación de flúor
- Restauración oclusal pequeña en un diente primario sin analgesia local.
- Analgesia por infiltración y restauración
- Bloqueo del nervio dentario y restauración

En la de sensibilización sistemática aplicada en la eliminación de elementos fóbicos del paciente odontopediátrico bajo tratamiento odontológico, se realizan sesiones que por aproximaciones sucesivas tiendan a eliminar el elemento fóbico causante de la angustia, miedo o estrés del paciente.

Esto significa que, la primera o primeras sesiones con el paciente se le deberá enseñar a respirar y relajarse para que en las citas sucesivas a través de D.M.H. Se realice la introducción y presentación del área clínica y los elementos constitutivos de éste, al paciente, posteriormente se realizan sesiones de profilaxis con pieza de mano contra ángulo cepillo copa de hule y eyector, con los ruidos y desplazamiento dentro de la cavidad oral lo más similares al trabajo real dentro de la boca con pieza de mano de alta velocidad, pero con la salvedad de la ausencia de anestesia inyección o taladrar los dientes en consecuencia sin dolor. Esto asegura tanto a padres de familia y al operador, que las sesiones son sólo de adaptación de la conducta del paciente y tranquiliza grandemente a los padres dándoles la oportunidad de reflexionar acerca del rol que desempeñan en la dinámica familiar, al operador le da la oportunidad de establecer vínculos o lazos con el paciente y sin la presión de realizar un trabajo odontológico real, puede relajar y desplazar el elemento fóbico paso a paso en el paciente⁸.

El tratamiento odontológico en el niño

La **prevención** en sentido amplio se define como cualquier medida que permita reducir posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión.

Las **actividades de la prevención** se pueden resumir en:

- Administración de fluoruros: en geles, cubetas, barnices o colutorios.
- Colocación de selladores.
- Control de la placa bacteriana, educando al niño en las técnicas de cepillado y control de placa mediante revelado.
- Control de dieta

La prevención según la edad del niño:

Entre los tres y los cinco años, el niño no puede comprender el significado del control placa, ni tiene la destreza manual suficiente para desarrollar este cometido, pero imita todo, observa de sus

padres y hermanos mayores. El punto principal en esta época es la higiene bucodentaria de los niños a través de sus padres, y el cepillado infantil a partir de los tres años aproximadamente.

Gran cantidad de niños en esta edad está tomando pastillas de flúor, aprovechando este modo de administración para que la pastilla sea masticada y disuelta en la saliva antes de ingestión, consiguiendo potenciar el efecto sistémico con el tópico del ion fluoruro.

De los seis a los nueve años se realizan charlas informativas, demostraciones prácticas, instrucciones sobre el correcto manejo del cepillo, uso de los reveladores de placa. La utilización de la seda dental se hará hacia el final de este intervalo.

Odontopediatría y odontología pediátrica

Como odontopediatría y odontología pediátrica se entiende el tratamiento odontológico orientado a los niños.

Odontopediatría

Aunque en sus comienzos se orientó a la extracción, más tarde la odontopediatría entró en una era de intercepción de las caries, con énfasis en los procedimientos diagnósticos y en el tratamiento de la integridad de la arcada, en lugar de la pérdida dental a causa de caries traumatismos.

Las técnicas restaurativas, el tratamiento pulpar, el mantenimiento del espacio y la ortodoncia interceptiva son aspectos fundamentales de esta área.

En la edad infantil el problema fundamental en cuanto a patología bucodentaria está constituido por la caries.

Ya en edades tempranas el niño puede estar seriamente afectado por este problema. La caries dental es una enfermedad microbiana que afecta a los tejidos calcificados de los dientes. Es una enfermedad multifactorial. El problema con que nos encontramos se debe a que la caries dental se establece en la boca mucho antes de producir manifestaciones objetivas clínicas.

Ortodoncia

La **ortodoncia** es la ciencia estomatológica que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y su medio ambiente.

La palabra ortodoncia es una expresión incompleta, pues etimológicamente significa diente recto, y además de los dientes, entran otros elementos anatómicos y funcionales muy importantes en el campo de la ortodoncia. Ortodoncia y ortopedia son términos paralelos se aplican a una especialidad inicialmente dentaria, pero que bien pronto se ocupó de la modificación de los maxilares como base de implantación de los dientes.

El tratamiento ortodóncico se puede dividir en dos grandes fases.

- Primera fase: la edad de comienzo depende de la maloclusión existente. Se realiza en edades tempranas.

Se ocupa de dos aspectos fundamentales. El primero, armonizando las bases óseas (maxilar, mandíbula o ambas a la vez) en los tres planos del espacio. Normalmente se realiza con aparatología removible. Y el segundo tratando de corregir hábitos, ortodoncia interceptiva, que se puede con aparatología fija o removible.

- Segunda fase: en que se tratan sobre todo problemas dentarios. La edad depende desarrollo dentario y del tipo de maloclusión.

No todas las maloclusiones son tratables ortodoncicamente, sobre todo cuando existe problema óseo de importancia. Por ello a veces hemos de recurrir a la ayuda de la cirugía ortognática, aunque previa y posteriormente a ella se necesita de un tratamiento ortodóncia⁹.

Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. 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.

A diferencia de otras áreas clínicas, la naturaleza cualitativa del comportamiento específicos que se deben realizar en diversas situaciones clínicas. A continuación se presentan unas pautas generales sobre el manejo clínico y las diversas técnicas no farmacológicas de manejo del comportamiento.

Cuando se realiza el 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. Los principales objetivos del manejo del comportamiento son:

Calidad del tratamiento: Brindar al paciente un tratamiento de excelente calidad. Es importante por lo tanto escoger las técnicas apropiadas con el fin de poder culminar el tratamiento de acuerdo con los criterios clínicos aceptados.

Seguridad: Proteger la integridad y seguridad física del paciente. Debe tratar de evitarse el comprometer la vía aérea mediante broncoaspiración, deglución de materiales u objetivos, laceración de tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes y lastimar físicamente al

paciente. Sin embargo es importante aclararle a los padres que pueden presentarse accidentes a pesar de que se tomen todas las precauciones necesarias.

Comunicación: Es importante tratar de establecer algún tipo de comunicación tanto con el paciente como con sus padres. Aún con aquellos de temprana edad puede lograrse una comunicación no verbal, se busca que haya una interrelación positiva y evitar una confrontación a pesar de que exista un rechazo hacia el tratamiento.

Confianza y motivación: Otro objetivo es que tanto el paciente como sus padres desarrollen una actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros, un buen manejo y una buena motivación pueden por lo tanto servir como una ayuda eficaz de prevención.

Clasificación del comportamiento

La clasificación del comportamiento del paciente así como la evaluación de su desarrollo emocional, su grado de comunicación y su entorno social o familiar son importantes para definir que tipo de manejo del comportamiento se le da al paciente. Aunque es difícil hacer un diagnóstico preciso como se hace en otras áreas clínicas, si se reportan en la literatura distintas escalas restrictivas y globales que pueden servir de orientación para la evaluación del niño, estas incluyen la Escala de Frankl, Shiere y Fogels, la Escala de Houpt, la Escala de la Universidad de North Carolina y la escala de la Universidad de Ohio, entre otras.

Consideraciones generales

Además de la aplicación de diversas técnicas de manejo existen una serie de factores controlables y no controlables que deben devaluarse y pueden incidir en el comportamiento.

Factores no Controlables

Estos incluyen todos aquellos factores relacionados con el desarrollo normal del individuo y el medio ambiente en el cual se desenvuelve. Entre otros, se incluyen la personalidad, el temperamento, la actitud y relación con los padres, el estado de desarrollo emocional e intelectual, la influencia de hermanos y amigos, los estereotipos sociales que se tengan acerca del tratamiento odontológico y los posibles antecedentes de abuso físico o maltrato. Aunque el odontólogo no puede controlar estos factores, si es importante reconocerlos e identificarlos con el fin de entender mejor al paciente y poder aplicar mejor las técnicas de manejo de la conducta.

Factores Controlables

Los factores controlables hacen referencia a una serie de situaciones que se presentan en la consulta los cuales complementan el manejo del comportamiento.

Manejo de los padres o acudientes: es importante evaluar el comportamiento de los padres y su relación con el niño. Debe establecerse desde un principio una buena comunicación con ellos así como orientar y controlar la relación triangular paciente-odontólogo-padres. En cuanto a la presencia de los padres en sala de trabajo no hay pautas generales a seguir. La decisión debe tomarse individualmente dependiendo de las circunstancias y características específicas de cada paciente.

Consentimiento verbal y/o escrito: Este es un aspecto que cada vez toma mayor importancia. Se recomienda informar continuamente a los padres que tipo de técnicas y procedimientos se le van a realizar a su hij@. El objetivo es disminuir la ansiedad de los padres, establecer comunicación y por ende mejorar la actitud y comportamiento del paciente. Todas las decisiones terapéuticas deben involucrar a los padres y en última instancia son ellos quienes determinan si aceptan que una técnica determinada se aplique o no.

Se les debe informar sobre el método que se utilizará, indicaciones, contraindicaciones, riesgos y alternativas tales como la sedación o anestesia general. El consentimiento escrito es recomendable cuando se van a utilizar tales técnicas tales como inmovilización física y mano sobre la boca.

Actividades preoperatorias- Primera Cita: La primera cita es decisiva en el manejo de la conducta. Establecer una buena relación desde un comienzo contribuye a que se desarrolle una actitud positiva. No debe tratar de forzarse al paciente a que se deje examinar inmediatamente. En niños de corta edad especialmente, es deseable que puedan recorrer y conocer el consultorio así como ambiente en general. En algunos casos se puede postergar el examen clínico para una segunda cita y dedicar la primera visita a una adaptación del paciente y a la elaboración de la historia clínica con los padres.

Medio-Ambiente y Sistema de Trabajo: Otro factor controlable que influye en el comportamiento es un buen sistema y una organización del trabajo en el consultorio. Esto implica una programación de las citas en horarios adecuados, una duración adecuada de las citas, un personal auxiliar capacitado en el manejo de niños y una decoración y medio ambiente de trabajo agradable para el niño.

Trabajo clínico: La habilidad clínica del operador también es muy importante. Entre los aspectos que deben tenerse en cuenta, se incluyen: el uso y colocación correcta de la anestesia local, el aislamiento del campo operativo con tela de caucho (dique de goma), la utilización de sistemas de evaluación de alta velocidad, la organización del campo operatorio y una velocidad y destreza clínica que permitan trabajar con eficiencia y calidad.

Técnicas de manejo del comportamiento

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

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas para situaciones específicas. Son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.

Las principales técnicas del manejo del comportamiento son:

Decir-Mostrar-Hacer: Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la cual es de utilidad un espejo de cara.

Objetivo: Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente.

Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes.

Contraindicaciones: No esta contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal.

Control de Voz: Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace. No debe confundirse sin embargo, con gritar al paciente o anfadarse con él.

Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído del niño.

Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y especialmente cuando se trata de un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.

Contraindicaciones: Pacientes de muy corta edad que aún no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.

Comunicación no verbal: Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.

Objetivo: Establecer comunicación con el paciente y controlar la forma en que percibe sus emociones.

Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

Contraindicaciones: Ninguna

Esfuerzo Positivo: Esta técnica refuerza un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el esfuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento. Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de Decir-Mostrar-Hacer y de Refuerzo Negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. Sin embargo no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente.

Objetivo: Actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.

Indicaciones: Puede utilizarse en cualquier paciente.

Contraindicaciones: Ninguna

Refuerzo Negativo: Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Al igual que la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en conjunción con el control de voz para expresar desaprobación. De igual forma puede hacerse condicionando algo que el paciente desea. (p.e. que ingresen sus padres a la sala de trabajo) a que mejore su comportamiento. El esfuerzo negativo no debe confundirse con castigos. Estos están contraindicados, ya que son contraproducentes y llevan a que se genere una actitud negativa hacia el tratamiento. En cuanto a las promesas que se utilicen para condicionar el comportamiento, éstas deben ser factibles, inmediatas y siempre deben cumplirse. No cumplir con lo prometido o no decir la verdad destruye la confianza del paciente.

Objetivo: Modificar un comportamiento disruptivo mediante un condicionamiento de la respuesta motora del paciente.

Indicaciones: Pacientes que hayan desarrollado capacidad de comunicación oral.

Contraindicaciones: No debe utilizarse en niños de corta edad que no tengan un desarrollo emocional comunicativo para entender el condicionamiento.

Tiempo y Fuera: Es una variación del esfuerzo para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento en la misma cita o dar por terminada la cita y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando este preparado para cooperar. Esta técnica sólo debe utilizarse en situaciones muy específicas donde hay un alto grado de desarrollo emocional y un pleno entendimiento y cooperación por parte de los padres.

Objetivo: Buscar modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente de modo que el tratamiento se condicione a su propia voluntad de cooperar.

Indicaciones: Pacientes pre-adolescentes y adolescentes.

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender la técnica debido a su corta edad de inmadurez emocional.

Distracción contingente: Consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y al mismo tiempo condicionarlo por medio de contingencias, puede hacerse mediante la utilización de medios audiovisuales o auditivos, los cuales se usan condicionados a un comportamiento adecuado. Es importante utilizarla en conjunción con Decir-Mostrar-Hacer antes de iniciar el tratamiento con el objetivo de que el paciente entienda el funcionamiento de la técnica.

Objetivo: Distraer al paciente del tratamiento con el fin de disminuir su ansiedad.

Indicaciones: Puede usarse en cualquier paciente.

Contraindicaciones: No está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aún no han desarrollado bien la comunicación verbal.

Escape Contingente: Se busca que el paciente tenga control de la situación de modo que con una indicación suya, como por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento. Debe además usarse con un condicionamiento de modo que el odontólogo tenga el tratamiento siempre y cuando el comportamiento sea el apropiado.

Objetivo: Busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y autocontrol del paciente.

Indicaciones: Pacientes que tengan un desarrollo emocional e intelectual que les permita entender la técnica.

Contraindicaciones: Pacientes incapaces de entender el objetivo de la técnica debido a su corta edad, inmadurez emocional o falta de desarrollo de la comunicación verbal.

Modelado: Ésta técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que desea, mediante la utilización de un modelo que está en una situación similar a la que estará sometido. Puede realizarse en vivo o por medio de videos.

Objetivo: Disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo.

Indicaciones: Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal para entender el objetivo de la técnica.

Contraindicaciones: No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo es de poca utilidad en pacientes de corta edad que no tengan un desarrollo emocional para entender la técnica.

Inmovilización: La inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restitución de no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción. También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica.

Objetivo: Proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar.

Indicaciones: Pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.

Contraindicaciones: Pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico.

Mano sobre la Boca: esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Consiste en colocar la mano suave pero firmemente sobre la boca del niño con el fin de aislar el sonido y lograr la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño. Cuando éste acepta, se remueve la mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura. Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla.

Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

Indicaciones: Un paciente sano que tenga desarrollada la comunicación verbal y tenga potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde.

Contraindicaciones: Pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental¹⁰.

Manejo de la conducta del paciente maltratado

Dentro del marco que caracteriza al maltrato y al abuso físico, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud pues, como se sabe, los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos. Al trastorno que se desarrolla después del abuso sexual y del maltrato físico se le conoce con el nombre de estrés post traumático.

Hemos querido evaluar la bibliografía de los últimos 10 años referente al tema del maltrato y manejo de la conducta de los niños víctimas de este fenómeno en el área dental y psiquiátrica, para resaltar la importancia que tiene que conocer el perfil psicológico en el momento de aplicar una técnica de manejo de conducta durante la consulta odontológica. Si bien desde la primera consulta en odontopediatría se deben suponer una voluntad y predisposición especiales por parte del profesional, en el caso del niño víctima del maltrato se debe además, fomentar la seguridad y la confianza.

Uno de los problemas sociales que cobra importancia cada día más en la consulta odontopediátrica es el maltrato infantil, debido al incremento de su frecuencia y a que el 65% de las lesiones que se producen en los niños como consecuencia del maltrato y abuso físico, están localizados en la cara y cuello.

Sin embargo, la estadística referida a este tema en particular, casi siempre es estimativa, pocas veces ofrece la estricta realidad.

Los malos tratos constituyen una de las problemáticas sociales más desconocidas, menos denunciadas y poco tomadas en cuenta debido, entre otras razones, a que se desconoce su magnitud y repercusiones.

Dentro del marco que caracteriza al maltrato y al abuso físico, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud pues, como se sabe, los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos. Sin embargo, no suelen tomar estas precauciones con los odontólogos.

El maltrato en la infancia suele definirse como el uso intencionado de fuerza física de modo no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, que es ejercida por otro individuo responsable del cuidado físico y moral del mismo.

Se considera como niño maltratado a aquel individuo que se encuentra en el período entre el nacimiento y la pubertad, y que es objeto de acciones u omisiones intencionadas que producen lesiones físicas y/o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, proveniente de sujetos que tengan relación con él.

Las estadísticas indican que 1000 niños mueren cada año como consecuencia de alguna forma de maltratado, de estos, el 78% eran menores de 5 años, mientras que el 38% eran menores de 1 año.

La clasificación del maltrato infantil nos permite hablar de:

- 1. Abuso físico:** Cualquier lesión corporal que un padre, cuidador o cualquier otro miembro de la familia cause a un niño intencionalmente. Puede ser el resultado de un episodio único o un patrón de comportamiento repetido.
- 2. Abuso sexual:** En este tipo de maltrato se trata de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor para obtener placer. Normalmente es llevado a cabo por una persona cercana al niño. Son incluidas aquí también todas aquellas experiencias sexuales inapropiadas para la edad aún en ausencia de violencia o daños reales.
- 3. Abuso emocional:** Es un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima. Este tipo de maltrato suele definirse como la hostilidad verbal o no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, sometimiento, dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional.
- 4. Negligencia:** Es aquella que tiene lugar cuando un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. Un ejemplo de ello es la negligencia dental que suele estar relacionada con problemas sociales como pobreza y aislamiento.

Existen diferentes formas de presentación para el problema del maltrato infantil, incluso se han propuesto distintas clasificaciones del síndrome del niño maltratado. Exponen, la modificada, la establecida en el Congreso Internacional de París, en 1982:

- 1. Violencia Intrafamiliar:** Su escenario habitual es el hogar y puede ir desde las agresiones físicas a la negligencia pasando por las agresiones de tipo químicas, sexuales y emocionales.
- 2. Violencia Extrafamiliar:** Pueden darse en la escuela (física, psicológica, exceso de trabajo); en hospitales (iatrogenismo, abuso sexual).

3. **Niños abandonados:** Niños de la calle.
4. **Niños explotados:** Trabajo profesional, prostitución.
5. **Otras formas de maltrato:** Abuso sexual, aborto, síndrome de Münchausen.

A menudo los niños son víctima de abuso sexual, dado su pequeño tamaño e imposibilidad de autodefensa y dada su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda.

Por desgracia, al contrario del maltrato físico, el abuso sexual no tiene signos tan evidentes; y solo el observador sutil y preparado sabría reconocerlos.

Por ejemplo, el comportamiento del niño puede ser un claro indicador, siempre y cuando sepa interpretarse¹¹.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Implantar una nueva técnica para el manejo del niño, durante la consulta en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conocer una nueva técnica para el manejo del niño antes de la consulta en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano.
- Establecer de acuerdo a la escala Frankl cual es el comportamiento del niño en la consulta odontológica antes y después de ser visto el video.
- Determinar si la nueva técnica tendrá un resultado satisfactorio en las consultas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se basa en la proyección de la técnica y previo a esto se identificará el comportamiento del niño, es un estudio de tipo cuasiexperimental.

2.2 POBLACIÓN

Grupo de pacientes pediátricos que asisten a consulta odontológica en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano sede Santiago de Cali, entre los 5 y 10 años de edad de ambos géneros.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

- Niños que asisten a las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano sede Santiago de Cali.
- Niñ@s indicados para procedimientos de odontopediatria.
- Niñ@s que se encuentran entre 5 – 10 años de edad.
- Padres o acudientes que autoricen la participación voluntaria del niñ@ una vez leído el consentimiento informado.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Niñ@s que presentan en el momento de estudio algún tipo de enfermedad viral (sarampión, rubéola, varicela, parotiditis, roceola, hepatitis); algún tipo de erupción en piel, infección, fiebre, resfriado, gripa o algún tipo de discapacidad.
- Niñ@s que tengan dificultad de asistir constantemente a sus citas odontológicas en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano – sede Santiago de Cali.

2.4 VARIABLES

Nombre de la variable	Definición de la variable	Tipo de variable				Operacional
		Cuantitativa		Cualitativa		
		Continua	Discreta	Nominal	Ordinal	
Género	Determina si es niñ@ de acuerdo a su aspecto físico			X		1. Masculino 2. Femenino
Edad	Tiempo transcurrido del momento de el nacimiento hasta el día de la encuesta o investigación	X				1. Niño 5 – 10 años 2. Niña 5 – 10 años
Tipo de comportamiento del niñ@	Características del paciente que determinan comportamientos				X	5. Definitivamente negativa 6. Negativa 7. Positiva 8. Definitivamente positiva

2.5 SESGOS

2.5.1 Sesgos de selección

Los niños que cumplen con los criterios de inclusión requeridos para la realización de la investigación. Se puede controlar confirmando concretamente la información dada por los sujetos de estudio para que sea consistente y real.

2.5.2 Sesgos de memoria

Son aquellos sesgos que se presentan por la información incorrecta dada por los niñ@s (edad) durante el momento de la selección de la investigación.

Se puede controlar mediante su historia clínica y año de nacimiento escrito en su registro civil.

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo estipulado en la resolución 008430 de 1993 emanado por el Ministerio de Salud de Colombia, se procedió a clasificar la investigación como un procedimiento de riesgo mínimo y revisar el consentimiento informado que fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Colegio Odontológico Colombiano, este fue mostrado a los padres antes de indicar la proyección de la técnica para que ellos lo aprobarán o lo desaprobaban y así los niñ@s poder acceder a colaborar con la investigación.

2.7 PRUEBA PILOTO

Se realizó en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano con 5 niños de ambos géneros, entre los 5 – 10 años de edad.

Se revisó la recolección de datos la cual arrojó los siguientes porcentajes. Asistieron 2 niños y 3 niñas que estaban entre los 5 – 6 años de edad, donde el comportamiento según la escala de Frankl fue definitivamente positivo para un 60% que equivale a 3 niños y un 40% para positivo equivalente a 2 niños. Estos resultados fueron después de ser proyectado el video.

La colaboración y cooperación arrojaron un 100% donde los 5 niños siguieron las instrucciones y colaboración.

2.7.1 Recolección de información

Después de aplicado el consentimiento informado a los padres, donde fue autorizado; el doctor y el niño@ entraron al consultorio odontológico ubicado en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali, donde se dispuso a trabajar en el tratamiento indicado, ahí cada investigador observó el comportamiento para así recolectar la información de datos de dicho paciente; previo a estos se acordó una próxima cita; ese día llegaron los niños con sus padres o acudientes, y antes de entrar a su consulta se les pidió acercarse a la sala de espera donde encontraron un televisor en el cual se les proyectó la técnica del video, después de observarla, se dirigieron a su consulta regular, donde el investigador volvió a observar el comportamiento del paciente para así y redactar la información del mismo. Los datos escritos en la recolección fueron: nombre, edad, género y comportamiento, este último fue medido mediante la escala de Frankl como definitivamente negativo (el niño rehúsa del tratamiento, grita, forcejea, tiene miedo o presenta cualquier otro signo externo de negación, negativo (el niño es reacio ha aceptar el tratamiento no colabora y muestra signos de actitud negativa pero sin manifestarlo con palabra, huraño, retraído), positivo (niño acepta el tratamiento, es cauteloso, pero muestra voluntad para colaborar con el odontólogo y sigue sus instrucciones), definitivamente positivo (niño muestra buena relación con el odontólogo, se interesa por las técnicas odontológicas, ríe y se la pasa bien).

2.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Después de aplicado el consentimiento informado a los padres, donde fue autorizado; el doctor y el niño@ entraron al consultorio odontológico ubicado en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali, donde se dispuso a trabajar en el tratamiento indicado, ahí cada investigador observó el comportamiento para así recolectar la información de datos de dicho paciente; previo a estos se acordó una próxima cita; ese día llegaron los niños con sus padres o acudientes, y antes de entrar a su consulta se les pidió acercarse a la sala de espera donde encontraron un televisor en el cual se les proyectó la técnica del video, después de

observarla, se dirigieron a su consulta regular, donde el investigador volvió a observar el comportamiento del paciente para así y redactar la información del mismo. Los datos escritos en la recolección fueron: nombre, edad, género y comportamiento, este último fue medido mediante la escala de Frankl como definitivamente negativo (el niño rehúsa del tratamiento, grita, forcejea, tiene miedo o presenta cualquier otro signo extremo de negación, negativo (el niño es reacio ha aceptar el tratamiento no colabora y muestra signos de actividad negativa pero sin manifestarlo con palabras, huraño, retraído), positivo (niño acepta el tratamiento, es cauteloso, pero muestra voluntad para colaborar con el odontólogo y sigue sus instrucciones), definitivamente positivo (niño muestra buena relación con el odontólogo, se interesa por las técnicas odontológicas, ríe y se la pasa bien).

2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos en Excel, para el análisis de la información se utilizó un paquete estadístico que fue epi-info. 2004 del centro de control y prevención de enfermedades.

Se realizó así mismo un análisis multivariado para poder observar la distribución de cada una de las variables del estudio; para evaluar si existían cambios entre los diferentes controles, se realizó un análisis bivariado (se cruzan dos variables), por medio de tablas de contingencia que permiten describir el comportamiento conjunto de dos variables; se empleó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado de la corrección del test exacto de Fisher para evaluar si existen diferencias entre controles; para las pruebas estadísticas se utilizó un nivel de significancia del 5% (0.05).

3. RECURSOS Y CRONOGRAMA

3.1 RECURSOS HUMANOS

Investigadores Principales	Horas Semanales	Semanas	Total / Semestre
Guiomar Quiñones	4 horas	15 semanas	60 horas
Diana Paz	4 horas	15 semanas	60 horas
Juan José Ortega	4 horas	15 semanas	60 horas
Katherine Sánche	4 horas	15 semanas	60 horas
Raúl Rubiano Sarria	4 horas	15 semanas	60 horas
Científico: Dr. Dominique Gómez	½ hora	½ hora	15 horas
Metodológico: Dra. Blanca Acosta	½ hora	½ hora	15 horas
Estadístico No.		Total Horas:	90 horas

3.2 RECURSOS FÍSICOS

Artículo	Valor / Unitario	No. Unidades	Total
Tinta para impresora	15.000	3	45.000
Resmas de block	14.500	2	29.000
Lápices	800	14	11.200
Borradores	300	7	2.100
Tiempo de Internet	2.500	60	150.000
Transporte del grupo	1.000	250	250.000
Alimentación	2.000	280	560.000
Pruebas Dx	1.000	30	30.000
Encuesta	500	50	25.000
Diapositivas	2.000	50	100.000
Fotocopias	50	200	10.000
Imprevistos 10%	250.000		121.230
Elaboración del video	200.000		200.000
Material didáctico			200.000
Total Valor Proyecto			1.733.530

3.3 RECURSOS FINANCIEROS

RUBRO	VALOR
Recursos humanos	0
Recursos físicos	1.733.530
TOTAL	1.733.530
IMPREVISTOS	200.000
GRAN TOTAL	\$1.933.530

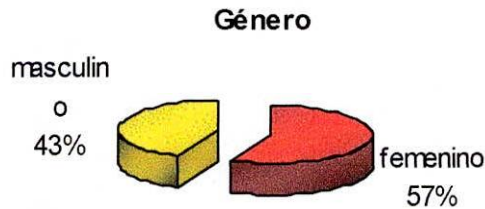
3.4 CRONOGRAMA

Actividad	Tiempo																			
	2003 - 2					2004 - 1					2004 - 2					2005 - 1				
	J	A	S	O	N	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	E	F	M	A	M
Elaboración del proyecto	■	■																		
Presentación ante el comité de investigación	■	■	■																	
Presentación ante el comité de ética	■	■	■	■																
Prueba piloto											■	■	■	■	■					
Análisis prueba piloto											■	■	■	■	■					
Recolección de información																■	■			
Tabulación de información																		■		
Análisis de la información																		■	■	
Información final																		■	■	
Preparación artículo																			■	
Entrega final																				■

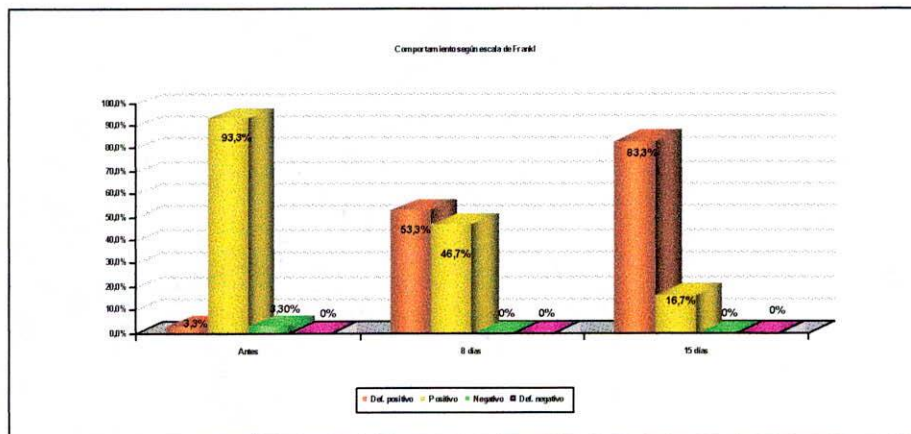
4. RESULTADOS

El estudio incluye niñ@s entre 5 y 10 años edad, que fueron observados durante sus citas odontológicas. El mayor número de pacientes observados fue de género femenino con un valor de 56.7% (gráfico 1).

Gráfico 1.



Antes de la proyección del vídeo, de acuerdo a la escala de Frank se observan los siguientes resultados: conducta definitivamente positiva 3.3%, conducta positiva 93.3%, conducta negativa 3.3% y conducta definitivamente negativa 0%; se proyectó el vídeo y 8 días después se realizó una segunda observación que arrojó los siguientes resultados, conducta definitivamente positiva 53.3%, conducta positiva 46.7%, conducta negativa 0% y conducta definitivamente negativa 0%. 15 días después se realizó una tercera observación que arrojó los siguientes resultados, conducta definitivamente positiva 83.3%, conducta positiva 16.7%, conducta negativa 0% y conducta definitivamente negativa 0%. Gráfico 2.



5. DISCUSIÓN

Aplicando el objetivo general de esta investigación, se creó un video instructivo, para darle al niño una adaptación más rápida y creativa antes de ingresar a consulta odontológica. Consecuente con la literatura, se quiso evaluar entre niños de 5 y 10 años de edad, si la proyección de un video antes de la consulta odontológica es eficaz?.

Al comparar con la escala de comportamiento de Frankl se encontró que antes de aplicar la técnica de proyección del video, un 93.3% de niños se encontraron con comportamiento positiva durante su primera consulta odontológica, luego de ser proyectado el video y 8 días después se obtuvo un resultado de 53.3% de niños con comportamiento definitivamente positiva, y a los 15 días arrojó un mejor resultado que fue de un 83.3% de comportamiento definitivamente positivo según la escala de Frank.

El estudio realizado por Cadavid y Giaino en el año 2003, se observaron resultados similares a los obtenidos en esta investigación en cuanto a la eficacia de la técnica como el modelado en vivo o video, en pacientes preescolares, con la diferencia de que ellos concluyen que este no es eficaz en niños con comportamiento definitivamente negativo.

De acuerdo con lo antes mencionado, esta investigación aporta al Colegio Odontológico Colombiano extensión sede Santiago de Cali, un documento en el cual se desarrolla la nueva técnica para el manejo del niño en la consulta odontológica, el cual puede ser utilizado y aplicado cuando sea necesario: así el operador o docente puede utilizar el video para proyectarlo al niño, antes de ingresar a su primera cita y así tener mejor resultado en su comportamiento; haciendo que su tratamiento sea más eficaz y las citas sean amenas con un tiempo de trabajo reducido gracias a la cooperación del niño.

6. CONCLUSIONES

- Esta investigación brinda una nueva técnica para el manejo del niño@ antes de la consulta odontológica en las clínicas odontopediátricas del Colegio Odontológico Colombiano extensión sede Santiago de Cali.
- Aplicando la escala de Frankl se puede clasificar y mejorar el comportamiento de los niños@ antes y después de observar el video.
- Los niños@ se adaptaron después de aplicar la técnica, según los resultados arrojados, los niños@ presentaran comportamiento definitivamente positivo después.
- Esta técnica se puede aplicar a niños@ entre 5 y 10 años en su etapa preescolar, logrando un éxito dentro de este género de edad.
- Entre el género y la edad no se encontró diferencias establecidas estadísticamente significativas.
- De acuerdo a la escala de Frankl, el comportamiento de los pacientes mejora, agrupándose así en la clasificación definitivamente positiva.
- La proyección de este video fue exitosa para la adaptación del niño@ según la escala de Frankl.

7. RECOMENDACIONES

- En cuanto al trabajo realizado se espera que la investigación tenga un aporte al estudiante para guiarlos en diferentes situaciones, como la ejecución de pacientes con conducta definitivamente negativa o sin experiencia odontológica.
- De acuerdo a los resultados se espera que la técnica de video se pueda manejar en las instalaciones del Colegio Odontológico Colombiano.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- J.R.PINKHAM. importancia practica de la odontología pediátrica. 2003; Cáp. 1, Pág. 2-3-6.
- 2- CÁRDENAS. conducta y manejo del paciente niño. 2003. Cáp.2, Pág. 22.
- 3- J.M.CARDENAS; A.M.LENIS. Eficacia clínica de la técnica de distracción contingente con material auditivo en pacientes entre 4y5 años de edad. Art. 2000.
- 4- J.M.CARDENAS VASQUEZ. Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. Art.1999.
- 5- M.L.CABAL DE POSADA; A.RIVERA; V.CRUZ. de la conciencia a la adolescencia. Editorial norma. Pág.141-161.2000.
- 6- O.CORVO. factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. Art.2002.
- 7- K.BAIER; P.MILGROM; S.RUSSELL; L.MANCL; T.YOSHIDA. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. Pediatric dentistry-26:4, 2004.
- 8- R.ZUKERFELD. revista psicoanálisis.1999, edición 2 Pág.5-6.
- 9- L.GALLEGO; M.MIEGIMOLLE; P.PLANELLS. manejo de la conducta del paciente maltratado.Art. 2002 Pág.4-3.
- 10- V.COLARES; L.RICHMAN. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. Journal of dentistry for children.2002.
- 11- M.S.SHARAF; J.O.ADENUBI. Attitudes of Saudi parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. Journal of dentistry for children-70:2, 2003.
- 12- R.DAZA COHEN; JM.CARDENAS; A.JARAMILLO; S.RIOS. estudio del temperamento y su relación con el comportamiento en pacientes entre 3 y 7 años de edad que han recibido tratamiento odontológico invasivo. Art. 2000.
- 13- M.BERGER; J.VEEKAMP; J.HOOGSTRANTEN. Dentist's behavior in response to child dental fear. Journal of dentistry for children-36:48, 1999.

- 14- M.KAN; T.ISHIKAWA; N.NAGASSAKA. A study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment. Journal of dentistry for children-41:48, 1999.
- 15- J.MOIX; J.BASSETS; R.M.CAELLES. efectividad de un audiovisual como preparación para la cirugía en pacientes pediátricos.pag.25-29.1998.
- 16- E.RALPH; McDONALD; D.R.AVERY. odontología pediátrica y adolescente.edicion 6. Pág.33-51,1999.
- 17- A.J.RAFAEL. conducción psicológica del paciente niño en odontopediatria.edicion 2, Pág.31-54.2004.
- 18- C.Z.LOPEZ RAMIREZ. Guía para el manejo del paciente pediátrico bajo sedición interactuada.2003.
- 19- D.PUCHOL ESPARZA. El modelado.2002.
- 20- P.A.CADAVID; C.A.GIAIMO CH. eficacia de la técnica de modelado con video preoperatorio en pacientes de 4 a 6 años de edad.2003.