



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
VALENCIA ESTADO CARABOBO**



**INCLUSIÓN DE LA UNIDAD CURRICULAR PSICOLOGÍA DEL NIÑO AL
CONTENIDO PROGRAMÁTICO DEL IV SEMESTRE DE LA CARRERA
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PARA
UNA EXCELENTE PRÁCTICA DEL ODONTÓLOGO EN LA ATENCION A
PACIENTES PEDIATRICOS**

Autor: Yna Torres Páez
Tutor: Prof. Elena Zavarce

Bárbula, Octubre 2015



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**



**INCLUSIÓN DE LA UNIDAD CURRICULAR PSICOLOGÍA DEL NIÑO AL
CONTENIDO PROGRAMÁTICO DEL IV SEMESTRE DE LA CARRERA
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PARA
UNA EXCELENTE PRÁCTICA DEL ODONTÓLOGO EN LA ATENCION A
PACIENTES PEDIATRICOS**

Autor: Yna Torres Páez
Tutor: Prof. Elena Zavarce

Bárbula, Octubre 2015



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**



CONSTANCIA DE ACEPTACION

**INCLUSIÓN DE LA UNIDAD CURRICULAR PSICOLOGÍA DEL NIÑO AL
CONTENIDO PROGRAMÁTICO DEL IV SEMESTRE DE LA CARRERA
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PARA
UNA EXCELENTE PRÁCTICA DEL ODONTÓLOGO EN LA ATENCION A
PACIENTES PEDIATRICOS**

Asesor: Prof. Elena Zavarce

C.I. N° 7.023.690

Aceptado en la Coordinacion el Programa de Especialización en Educación Superior (PEDES) de la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad de Carabobo.

Por: _____

C.I. N°

Bárbula, Octubre 2015



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**



CONSTANCIA DE ACEPTACION DEL TUTOR

**INCLUSIÓN DE LA UNIDAD CURRICULAR PSICOLOGÍA DEL NIÑO AL
CONTENIDO PROGRAMÁTICO DEL IV SEMESTRE DE LA CARRERA
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PARA
UNA EXCELENTE PRÁCTICA DEL ODONTÓLOGO EN LA ATENCION A
PACIENTES PEDIATRICOS**

Acepto la tutoría del presente Trabajo Especial de Grado, según las condiciones establecidas por la Dirección de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad de Carabobo

Tutor: Prof. Elena Zavarce.

C.I. N° 7.023.690

Bárbula, Octubre 2015

ÍNDICE GENERAL

pp.

Contenido

LISTA DE CUADROS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTOS	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos.....	7
Justificación de la Investigación	7
CAPITULO II	9
MARCO TEORICO.....	9
Antecedentes de la Investigación	9
Bases Teóricas.....	14
TRIANGULO DEL MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO.....	15
Clasificación del comportamiento.....	16
Factores no controlables.....	19
Técnicas de manejo de comportamiento	21
Escala de Frankl	22
MANEJO DEL COMPORTAMIENTO	25
TECNICAS DE MANEJO.....	27
Técnicas comunicativas	28
Técnicas farmacológicas	32
Presencia de padres	33
ADAPTACIÓN:.....	35
CONDUCTA ADAPTATIVAS:	36
VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:	36
AMBIENTE ODONTOLOGICO:	36
ODONTOLOGO.....	36
PERSONAL AUXILIAR:.....	37
PADRES	37
NIÑOS	38
DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO Y TECNICAS BASICAS PARA SU MANEJO.....	38
CONDUCTA DESCONTROLADA	38

CONDUCTA DESAFIANTE	38
CONDUCTA TIMIDA	39
CONDUCTA COOPERATIVA TENSA	40
CONDUCTA LLOROSA:	41
TECNICAS DE ADAPTACION DECIR, MOSTRAR, HACER:	41
CONTROL MEDIANTE LA VOZ:	41
DESENSIBILIZACIÓN	42
MODELAMIENTO:	42
REFORZAMIENTO POSITIVO:	42
Bases Legales	44
DEFINICIÓN DE TERMINOS	46
CAPÍTULO III	50
MARCO METODOLÓGICO	50
Tipo de Investigación	50
Modalidad de Investigación	50
Fase Diagnóstico	51
Población y Muestra	51
Técnicas de Recolección de Datos	52
Validez	52
Confiabilidad	53
CAPÍTULO IV	54
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	54
Conclusiones del Diagnóstico	72
CAPÍTULO V	82
LA PROPUESTA	82
Presentación de la Propuesta	83
Presentación de la Propuesta	83
Visión	84
Misión	84
Objetivos de la propuesta	84
Objetivo General	84
Objetivos Específicos	84
Programa para Aplicación de la Propuesta	85
Objetivo General	85
Sinopsis del Contenido	85
Fases de la Propuesta	87
Justificación de la Propuesta	87
Estudio de Factibilidad	88
Mecanismo de Evaluación de la Propuesta	88
REFERENCIAS	89
ANEXOS	91
ANEXO “A” MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	92
ANEXO “B”	93

LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp.
1 Manipulación del instrumental	54
2 Comunicación	55
3 Conocimiento en la Materia	57
4 Actitud	58
5 Innovación	60
6 Experiencia	61
7 Aprendizaje significativo	62
8 Observación	64
9 Manejo de emociones	65
10 Técnicas	67
11 Seguridad	68
12 Abordaje	69
13 Dominio	70

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	pp.
1 Manipulación del instrumental	54
2 Comunicación	56
3 Conocimiento en la Materia	57
4 Actitud	59
5 Innovación	60
6 Experiencia	62
7 Aprendizaje significativo	63
8 Observación	64
9 Manejo de emociones	66
10 Técnicas	67
11 Seguridad	69
12 Abordaje	70
13 Dominio	71

DEDICATORIA

A **DIOS** que sobre todas las cosas siempre es mi amigo confidente y su gran amor me inspira a lograr mis metas con entusiasmo y dedicación.

A mis hijos **KAMILA** y **MATHIAS** por regalarme el tiempo que he necesitado para dedicar a este trabajo así como llenar de energía con sus hermosas sonrisas mi vida iluminándola cada día.
Los Amo mis hijos

A mi **MAMA** por haber puesto en mí sus genes de superación sus esfuerzos para ser de mí lo que hoy con tanto orgullo soy... Te amo
MAMATA

A **CARLOS** por su compañía apoyo y amor incondicional gracias por existir para mí, Te Amo mi gordo.

A mi mana **MARIALAURA** por siempre estar presente y apoyarme te amo mana.

A mi sobrino **RORO** por ser tan dulce y mi gran regalo mi bebe amado.

A mi linda **MARIANA** mi incondicional amiga hermana por siempre compartir cada paso de mi vida en los buenos y malos momentos te quiero.

A mi hermosa abuela **CARLOTA** por haberme regalado tanto amor y dedicación y aun estando en el cielo siempre me das tu bendición te amo mi vieja.

AGRADECIMIENTOS

A mi Maracucha por haberme motivado a cumplir esta meta juntas.

A mi amigo y colega Rafael por ser un excelente compañero generoso y muy servicial
Gracias rafa.

A cada uno de mis Compañeros del pedes por regalar tantos buenos momentos de aprendizaje y calidad humana.

A todos y cada uno de los Profesores que con mucha vocación dedicación y entusiasmo lograron en mi un gran aprendizaje significativo.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR**



**INCLUSIÓN DE LA UNIDAD CURRICULAR PSICOLOGÍA DEL NIÑO AL
CONTENIDO PROGRAMÁTICO DEL IV SEMESTRE DE LA CARRERA
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PARA
UNA EXCELENTE PRÁCTICA DEL ODONTÓLOGO EN LA ATENCION A
PACIENTES PEDIATRICOS**

Autor: *Yna Torres Páez*
Tutor: *Prof. Elena Zavarce*
Fecha: *Octubre de 2015*

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo proponer la incluir la Unidad Curricular Psicología del Niño al Contenido Programático del IV Semestre de la Carrera Odontología de La Universidad José Antonio Páez. La propuesta está orientada a destacar la importancia del contenido programático para el ejercicio en la atención de pacientes pediátricos, el cual propende el dominio cognoscitivo que permite al futuro profesional adquirir y desarrollar las competencias necesarias para el tratamiento odontológico infantil. Este estudio está enmarcado en la modalidad de proyecto factible, por cuanto consiste en una propuesta viable para atender una necesidad en el ámbito del pensum de estudio de la carrera de odontología, el mismo se apoya en una revisión bibliográfica y en un estudio de campo, ya que la informacion de interés para el autor los tomó en forma directa de la realidad a estudiar. La muestra para esta investigación se seleccionó de manera intencional a los docentes del IV Semestre que imparten la asignatura Odontología del niño y del adolescente. A ellos se les aplicó un instrumento debidamente estructurado en escala tipo Likert, con la finalidad de diagnosticar la situación real en cuanto a la inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al Contenido Programático del IV Semestre de la Carrera Odontología por cuanto la atención odontológica del niño exige, además de dominar los actos procedimentales de rigor, conocer cómo es el desarrollo socioemocional infantil, es decir, haber recibido formación en materia de Psicología del niño, a fin de desarrollar competencias para una atención odontológica adecuada

Descriptores: Unidad Curricular, Contenidos Programáticos, Práctica Clínica Eficiente. Línea de Investigación: Currículo, Pedagogía y Didáctica.

INTRODUCCION

El proceso de planificación de materia de salud implica una fase importante en la programación de los contenidos que conducirán a la formación de los profesionales de la salud. Situación que conlleva especialmente a una medida fundamental que es priorizar, y la estructuración de los contenidos programáticos tiene mucho que ver con priorización de los objetivos, estrategias y con aumentar la cobertura, es decir tiene una connotación trascendental con el objetivo de obtener resultados concretos en la formación de los médicos-bioanalistas, odontólogos, entre otros profesionales.

En consecuencia, en la preparación y formación de los odontólogos en las distintas universidades del país intervienen diversos factores o elementos que influyen decisivamente en la implementación de las políticas de estado en materia de salud, por una parte se confronta la problemática de salud y por otra, se realiza un balance entre los recursos disponibles y sus potencialidades para cubrir las demandas existentes y alcanzar los objetivos.

En este orden de ideas, es oportuno conocer que cuando se programan los contenidos en la carrera de odontología, se confronta por un lado las necesidades y posibilidades reales que se tiene para cubrir esas necesidades en aras de darle la atención correspondiente a una determinada población.

De allí que la población que se hace mención en la presente investigación está relacionada con pacientes pediátricos que acuden a consultas odontológicas, por lo que el odontólogo centra sus actividades en la prevención, atención y rehabilitación en materia de salud dental.

El trabajo que aquí se plantea, relacionado con la inclusión de la unidad curricular psicología del niño al contenido programático del 4to semestre de la carrera odontología, pretende capacitar y formar a los odontólogos para proporcionar al

interesado los conocimientos, destrezas y actitudes requeridas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías y enfermedades bucales en pacientes pediátricos.

Finalmente el proyecto de investigación quedo estructurado de la siguiente manera: Capítulo I, en el cual se plantea el problema, se establecen los objetivos y justificación. El Capítulo II, denominado marco teórico, hace referencia a los antecedentes de la investigación y las teorías que la sustentan. El Capítulo III, corresponde a la metodología, tipo y diseño de la investigación. En el Capítulo IV, se presenta el análisis de los resultados con sus respectivas tablas y gráficos y el Capítulo V, que corresponde a la presentación de la propuesta.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La importancia de definir lo que un estudiante debe aprender, demostrar y poseer para llegar a ser profesional dentro de un determinado perfil en un área del conocimiento, radica en el hecho de que conduce a construir las bases de los procesos de enseñanza y aprendizaje; así, interpretando a García (2009), las preguntas y respuestas acerca de qué debe asimilar el estudiante, qué expresará como persona y profesional una vez concluida su formación superior, cómo y con qué métodos se llevarán a cabo dichos procesos, integran la estructura del currículo.

Ahora bien, cuando esto se aplica a la formación de profesionales en Ciencias de la Salud, es indudable que el currículo debe involucrar conocimientos que permitan desarrollar destrezas y habilidades que preparen para la práctica clínica, es decir, competencias, que al decir de Demestre (2005), son el punto de partida que define “...la pertinencia del individuo en el campo laboral, con perfiles específicos de desempeño.” (p. 17)

Dentro de este marco, la profesión odontológica no ha quedado exenta, puesto que la globalización y sus exigencias para el desarrollo productivo basado en el conocimiento ha generado un interés creciente por el desarrollo de las capacidades educativas que, a su vez, ha provocado una serie de demandas a las escuelas y facultades de Odontología a fin de adecuar su organización en función de los nuevos desafíos. Es por ello, que las competencias constituyen las bases esenciales del profesional de la Odontología.

De hecho, el Congreso Global de Educación Dental Europea (citado en Calatrava, 2010), concluyó que la educación basada en competencias contribuye a lograr la salud general de los pacientes a través de la consecución de la salud oral, lo que amerita que las universidades revisen, redefinan y reestructuren los planes de estudio, mejoren los procesos de evaluación de los estudiantes y, además, establezcan y apliquen medidas para estimar la efectividad del programa de grado para mejorar el perfil del egresado.

En lo que a Latinoamérica y específicamente Venezuela se refiere, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL, 1986), apreció un hecho que, aparentemente, sigue vigente: la existencia de un conjunto de disciplinas en la formación odontológica que, consideradas obligatorias, siguen definidas mediante objetivos educacionales cuya temática se agota en sus respectivos campos y no se ajustan a la posibilidad de su aplicación en las competencias correspondientes.

En consecuencia, se debe destacar la importancia del contenido programático para el ejercicio en la atención de pacientes pediátricos, el cual propende el dominio cognoscitivo que permite al futuro profesional adquirir y desarrollar las competencias necesarias para el tratamiento odontológico infantil.

Efectivamente, la atención odontológica del niño es uno de los grandes retos que enfrenta el estudiante de Odontología en la práctica clínica; no basta, como expresa Furman (2004), con “Conocer y dominar técnicas conductuales; es imprescindible conocer cómo funciona la psique del niño para poder abordarlo y tratarle”. (p. 18); en efecto, la atención odontológica del niño exige, además de dominar los actos procedimentales de rigor, conocer cómo es el desarrollo socioemocional infantil, es decir, haber recibido formación en materia de Psicología del niño, a fin de desarrollar competencias para una atención odontológica adecuada.

Las afirmaciones previas, son confirmadas por Fields y cols. (2007), quienes refieren que al observar el comportamiento infantil en el sillón odontológico se

evidencia que uno de cada cinco niños definitivamente se niega a colaborar, mientras que otros dos se dejan tratar pero con mucha dificultad, mientras que Cárdenas (2010), es de la opinión que a diferencia del paciente adulto, la naturaleza cualitativa del comportamiento infantil no permite establecer parámetros exactos para los procedimientos clínicos que se deben realizar, por lo que se estima indispensable saber cómo piensa y siente el niño para predecir sus probables reacciones ante el odontólogo y el instrumental, a fin de manejarlas y controlarlas asertivamente.

Sintetizando lo hasta ahora planteado, se advierte la necesidad de que el futuro odontólogo, previo a la práctica clínica, reciba una formación que le permita conocer el desarrollo psíquico infantil, lo cual es indispensable para el manejo conductual del paciente pediátrico en la consulta odontológica, su adaptación a la experiencia y el abordaje de actitudes que les llevan a rechazar el tratamiento, con el consecuente perjuicio para su salud oral.

En este contexto, es de destacar la problemática que en tal sentido se estaría presentando en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ubicada en el Municipio San Diego del Estado Carabobo; al finalizar con su preparación, el Odontólogo egresado debe ser un profesional calificado con una sólida base científica para resolver todos los problemas relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oral de los pacientes.

Ahora bien, dicho profesional, durante los cinco años de formación, cumple un programa teórico-práctico en el cual obtiene conocimientos, habilidades y destrezas en la atención odontológica pediátrica, que se inicia en el IV Semestre con la asignatura Odontología del Niño y del Adolescente para después, entre el V y IX Semestre, ejercer la práctica clínica en la materia Clínica del Niño y del Adolescente.

Es el caso, que de acuerdo a las observaciones preliminares de la investigadora y el intercambio de información con los profesores a cargo de dichas cátedras, se ha podido apreciar que la mayoría de los estudiantes presentan en la praxis un notable

nivel de inseguridad y dudas al momento de abordar a los niños que son llevados por sus padres o representantes a las áreas clínicas de la institución, siendo también común un elevado índice de reprobación en la materia.

Al respecto, es de destacar que el contenido programático de la asignatura Odontología del Niño y del Adolescente del IV Semestre, incluye los segmentos teóricos correspondientes a desarrollo dentario, cariológica y técnicas de adaptación del niño a la consulta odontológica, presentando vacíos significativos en lo que se refiere a las características del desarrollo socioemocional y psicológico del niño, lo que se presume sea el origen de la aparente carencia de las competencias necesarias para el buen desempeño práctico de los discentes.

Tal presunción, se sustenta además en que, como ya se mencionó previamente, es indispensable que el estudiante de Odontología aprenda cuáles y cómo son los procesos psicológicos del niño y los sentimientos que de ellos se derivan, para determinar qué técnicas adaptativas es necesario emplear y qué manejo conductual se debe implementar.

Lo anterior, es especialmente cierto si se tiene en cuenta que por lo general el paciente pediátrico, si ha enfrentado alguna experiencia traumática, si no ha recibido atención odontológica previa o si incluso presenta ciertas condiciones especiales, al enfrentarse a la silla odontológica y al tratante presenta toda una serie de alteraciones conductuales, siendo preciso que el Odontólogo esté preparado para identificar el problema, manejar la situación y tomar decisiones dirigidas a lograr que el niño coopere en el restablecimiento de su salud bucodental.

De acuerdo al escenario planteado, y a los fines de colaborar con la formación integral del futuro Odontólogo de forma tal que adquiriera las competencias necesarias para abordar y manejar apropiadamente al paciente pediátrico durante su desempeño en las áreas clínicas, surge la interrogante que da lugar a los objetivos de la presente investigación:

¿Porqué será necesaria incluir la unidad curricular Psicología del Niño en el contenido programático de la asignatura Odontología del Niño y del Adolescente, correspondiente al IV Semestre de la carrera de Odontología de la Universidad José Antonio Páez?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Proponer la Inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la Carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, Estado Carabobo.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar la necesidad de la Inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la Carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez.
- Determinar la factibilidad de la inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la Carrera Odontología.
- Diseñar la programación del contenido de la Unidad Curricular Psicología del Niño y del Adolescente para el abordaje de los pacientes infantiles en los tratamientos odontológicos.

Justificación de la Investigación

Hoy en día, la sociedad demanda con más fuerza la formación de profesionales capaces no sólo de resolver con eficiencia los problemas de la práctica profesional, sino también y fundamentalmente, de lograr un desempeño profesional ético y responsable, surgiendo de esta forma el tema de las competencias que los futuros

Odontólogos deben poseer. Sobre dicha premisa, se sustenta la importancia del presente trabajo investigativo, de acuerdo a los beneficios que se podrán generar mediante su realización:

En el aspecto social, es un aporte importante, ya que el conocimiento sobre Psicología Infantil permitirá a quienes se forman como Odontólogos abordar y tratar efectivamente a los pacientes pediátricos que deben atender en su práctica clínica universitaria, garantizando de tal forma la salud bucal de la población infantil carabobeña.

En lo institucional, es también una contribución valiosa, pues de aprobarse la inclusión de la unidad curricular Psicología del Niño en la formación del Odontólogo se mejorará sustancialmente el perfil de los egresados, contribuyendo así a incrementar el prestigio de la Universidad José Antonio Páez.

Asimismo, resultarán beneficiarios directos del estudio los estudiantes de Odontología de la mencionada casa de estudios, quienes al aprender y comprender cómo es el desarrollo socioemocional y psíquico del niño, no sólo tendrán la oportunidad de aumentar su bagaje cognitivo, adquirir competencias para la práctica clínica y mejorar su rendimiento académico, sino que incluso cabe la posibilidad de que se sientan identificados con la idea de especializarse en el futuro como Odontopediatras.

Por último, se pondera la importancia teórica de la investigación, pues podrá servir como fuente de inspiración, reflexión y referencia para futuros trabajos a efectuarse en el marco de la renovación curricular en la educación universitaria, así como base de datos para la realización de estudios relacionados con los procesos de enseñanza y aprendizaje en la carrera odontológica en Venezuela.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación

La finalidad de precisar algunas investigaciones efectuadas que guardan relación con la carrera de odontología, se realizó una revisión exhaustiva de bibliografías que de allí son consideradas importantes como antecedentes para el fortalecimiento de este estudio, a continuación se exponen algunos de ellos:

Medina (2005), Adaptación del Niño a la Consulta Odontológica, Trabajo de Grado de Maestría de la Universidad de los Andes. El trabajo fue realizado por una Odontólogo egresada de la Universidad de Los Andes de Venezuela, miembro de la Sociedad Venezolana de Ortopedia funcional de los maxilares, se refiere al manejo de la conducta del niño al inicio de su consulta dental, con el fin de armonizar la relación niño-odontólogo-padres, y promover así actitudes positivas del paciente hacia la práctica odontológica.

Este trabajo es el resultado de consultas bibliográficas de autores como: López Jordi, Magnusson, Mc-Donald y Pinkhan; especialistas en materia odontológica, a través de las cuales se pudieron deducir las diferencias significativas entre las distintas causas del comportamiento del niño en la consulta odontológica.

Se detallan las variables que influyen en la conducta del niño al inicio de su tratamiento odontológico como son: el ambiente físico del consultorio, el odontólogo y su personal asistente, los padres, el niño y la primera visita al odontólogo.

También se mencionan las técnicas básicas que facilitan al odontólogo el tratamiento clínico del paciente infantil, que permiten proporcionarle un ambiente acogedor y una relación afectiva y cariñosa, sobre la base de un abordaje psicológico realizado con conciencia, honestidad y criterio objetivo, además de tratar de lograr una adecuada comunicación entre el niño y el odontólogo.

Además, Soto y Reyes (2005), Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica, Trabajo de Grado de Maestría de la Universidad Central de Venezuela. Ambos Odontólogos egresados de la Universidad Central de Venezuela y miembros asociados a la Sociedad Venezolana de Odontopediatría, ellos concluyeron que la emoción es definida como cualquier agitación y trastorno de la mente, sentimiento, pasión o cualquier estado mental vehemente o excitado; los pacientes que acuden a consulta no escapan de este concepto, en especial los niños que son extremadamente susceptible a situaciones y emociones que se reflejan durante el tratamiento odontológico. Es por ello que el especialista en Odontología Infantil debe estar capacitado para reconocer y diferenciar los tipos de emociones que pueden presentarse y realizar el manejo indicado para las mismas

Ambos antecedentes aquí mencionados tienen una vinculación directa con la presente investigación por cuanto El objetivo es incluir la unidad curricular psicología del niño al contenido programático de la asignatura clínica del niño y del adolescente con el propósito de estudiar algunas de las más conocidas y eficaces técnicas que se utilizan en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica; enfocando y resaltando la importancia de que el odontopediatra este apto para enfrentar y resolver los diferentes cuadros emocionales del paciente en sus diferentes etapas del desarrollo.

Igualmente se presenta el trabajo realizado por Kazdin (1993) y Costa Jr. (2001), sugieren que una propuesta para estudiar el comportamiento de los profesionales de la salud en el contexto de la atención clínica, debe incluir el análisis

funcional de la conducta de todos los individuos involucrados la situación. El análisis funcional se refiere a la investigación de la relación entre las respuestas de un individuo a los estímulos ambientales objetivamente identificados (Souza, 1997). Como ha señalado Meyer (1997), un análisis funcional es esencial en los estudios dirigidos a incluir la predicción y / o control de los repertorios de comportamiento en situaciones específicas.

Este trabajo es parte de la interfaz, odontología y psicología hace hincapié en la importancia de los estudios de comportamiento que aumentan la visibilidad de los aspectos psicológicos de la interacción del dentista del niño, teniendo en cuenta las características de la situación de tratamiento potencialmente adversa dental y las manifestaciones típicas de comportamiento de dentista y el niño. En este contexto, el análisis funcional de la conducta se revela como un enfoque apropiado para el estudio del comportamiento presentes en esta situación.

Por otra parte son muchas las investigaciones que abordan el tema curricular, sin embargo se cita a continuación aquellos que directamente se encuentran vinculados a ésta, entre las más destacadas se enuncian: Sánchez J. (2012). Quien presentó un trabajo de grado ante la Universidad de Carabobo titulado: Inclusión de Un Programa de Contenidos Procesales de La Lopnna en el Pensum de Estudio en la Carrera de Derecho de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Carabobo. La autora plantea que en las instituciones de educación universitaria actualmente impulsan un cambio estructural y curricular para adaptarlos a las exigencias de la época, delineando así sus objetivos hacia la formación académica, organización institucional, así como la escogencia del perfil del personal docente.

En este sentido, la Universidad de Carabobo frente a esta realidad impulsa la redimensión curricular por competencias plantea la necesidad de actualizar programas que conlleven a la formación de profesionales integrales, a través de procesos complejos del saber ser, saber conocer y saber hacer.

Ante esta necesidad, la investigación persigue Proponer la inclusión de un Programa de contenidos Procesales de la Lopnna en el Pensum de Estudio de la carrera de Derecho, que permita alcanzar en el estudiante un conjunto de saberes que involucren conocimientos, acciones y propósitos en el contexto de su formación, ejercicio profesional.

El tipo de investigación es Proyecto Factible, con un Diseño de Campo, y un Nivel Descriptivo. La Población está constituida por sesenta (60) sujetos entre estudiantes y docentes. Como Muestra se tomó la totalidad de la población. Se aplicó el Cuestionario como instrumento, el cual se validó a través de Juicios de Expertos y la Confiabilidad se calculó por el coeficiente de Alfa de Cronbach. Se realizó el análisis y procesamiento de datos a través de algunos métodos estadísticos de acuerdo a las variables estudiadas. Se concluye que la factibilidad de incluir este currículo, en el pensum de estudios de la carrera de Derecho es un aporte significativo para la transformación curricular por competencias.

De allí que el desarrollo de esta investigación está relacionado estrechamente con diseño curricular, de acuerdo con la línea de investigación “Currículo, Pedagogía y Didáctica”, para incorporar un Programa de contenidos de la Universidad de Carabobo, lo cual guarda estrecha relación con la investigación aquí propuesta para la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez. Dicha vinculación de la precitada investigación con la que aquí se plantea, estriba en la pertinencia, relevancia y vinculación que representa la inclusión de Programas para la Universidad de Carabobo, permitiendo actualizar las exigencias de la sociedad en cuanto al perfil profesional y los perfiles a desarrollar en el nuevo profesional Universitario.

Asimismo, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (2010) presenta una redimensión curricular y plantea los puntos de encuentros de la carrera de Odontología en Venezuela, bajo los siguientes parámetros:

En primer lugar se establece el Perfil de Ingreso, que permita ahondar en Conocimientos previos de educación diversificada, Introductorio, Dominio de una segunda lengua, Computación, Habilidades y Destrezas, Sector Desfavorecidos. En Ciencias Básicas (Medicas y Odontológicas Especificas).Prevención, Curación, Restauración y Rehabilitación. (Integralidad Clínica de Adultos y Niños). Investigación, Administración, Epidemiología, Servicio Comunitario, Pasantías Rurales, Legal Deontológica y Forense, Cultura y Deporte, Ejes transversales: Eje Clínico, Comunitario, Investigación, Educación Valores, Bioética y Bioseguridad, entre otros.

Para este estudio se procedió a: Establecer un diagnóstico preliminar en cuanto a la implementación de las nuevas tendencias en materia curricular, para el mismo debe cubrirse los siguientes puntos: Definición de Concepción Curricular de la Institución, Definición del modelo educativo que sustenta la formación del odontólogo, Visión de prácticas profesionales (operatividad), Modelos por Competencias: Visión y Avances, Transversalidad curricular: Implementación, Avances en la Construcción de perfiles de egreso, Coherencia de la malla Curricular con el perfil de egreso, Nuevas propuestas curriculares. Proponer acuerdos que posibiliten emprender acciones curriculares orientadas a la consolidación de la educación odontológica venezolana.

La vinculación del antecedente mencionado con el presente estudio está enfocada en que a través de propuestas asertivas y pertinentes con los nuevos enfoques curriculares en el ámbito universitario se contribuye a un desarrollo curricular con profesionales con un perfil de egreso cónsono a las demandas del país en el ámbito de la salud, fundamentalmente en la odontología

Bases Teóricas

Parte fundamental de la atención odontológica del niño y del adolescente es el manejo del comportamiento, ya que las experiencias tempranas influyen en la actitud posterior a la odontología y el cuidado oral; por lo tanto, obtener éxito en el tratamiento en odontopediatría no es solamente realizar un procedimiento operatorio, sino que influye el general interés a largo plazo por parte del paciente hacia la prevención, el desarrollo de una actitud positiva frente a la odontología y la disminución o eliminación del miedo y la ansiedad. Para la obtención de este objetivo el odontólogo debe establecer una relación con el niño, basada en la confianza y debe dirigir el tratamiento mostrando flexibilidad, veracidad y empatía.

Los niños pueden mostrarse inseguros al enfrentarse a nuevas situaciones, particularmente en un ambiente extraño como el consultorio odontológico, muchas veces no saben cómo comportarse, o no saben que se espera de ellos. El odontólogo y su equipo deben guiar al niño hacia un patrón de comportamiento que permita la realización del tratamiento de manera efectiva y eficiente por medio de diversas técnicas de manejo.

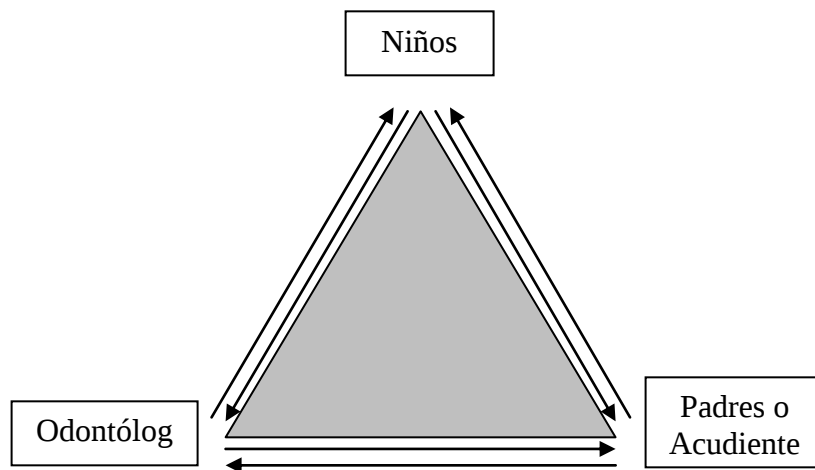
La aplicación de estas técnicas varía de profesional a profesional, dependiendo de su experiencia y conocimiento, de su personalidad, y del desarrollo emocional y temperamento del niño, por lo tanto, no hay reglas fijas, cada profesional debe seleccionar las técnicas de acuerdo con cada caso individual y a su entrenamiento.

En consecuencia, el manejo del comportamiento son las diferentes técnicas por medio de las cuales el odontólogo y su equipo, realiza el tratamiento odontológico al niño de una forma efectiva y eficaz. Estas técnicas están basadas en principios científicos, sin embargo, aplicarlas requiere habilidades en comunicación y educación.

Para lograr una selección adecuada de las técnicas de manejo se debe conocer el objetivo, indicaciones y contraindicaciones de cada una de ellas, los diversos factores que influyen sobre el comportamiento del niño, los tipos de padres, la clasificación del comportamiento, y la implicación legal de su aplicación.

TRIANGULO DEL MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO

El tratar niño implica una relación uno a dos, esto significa una relación del equipo odontológico hacia el niño y hacia los padres o acudiente, mientras que el tratar adultos implica una relación uno a uno, odontólogo-paciente.



El niño se encuentra en el ápice del triángulo, lo cual significa que es el foco de atención. En la base del triángulo se encuentran los adultos: en primer lugar, la familia, dentro de la cual, la que ejerce mayor influencia hacia el comportamiento del niño, la mayoría de las veces, es la madre. En segundo lugar, el personal odontológico, particularmente el odontólogo, el cual guía el manejo del comportamiento del niño. Todas las partes del triángulo se interrelacionan, ninguna puede actuar aislada, además las relaciones son dinámicas y cambiantes. Cualquier situación en el colegio, casa o familia puede hacer que se altere una relación armónica o de comportamiento.

Las flechas abiertas indican que la comunicación debe ser recíproca; por lo tanto, tenemos que estar seguros que el mensaje que enviamos al niño o a sus padres es recibido de una manera clara y precisa y va a tener una consecuencia directa en una acción o en la relación interpersonal.

En resumen, un conocimiento de los contextos interrelacionados del niño, familia y odontopediatras, puede ayudar a promover la calidad del cuidado oral en la práctica de hoy.

Clasificación del comportamiento

El comportamiento de un niño se puede clasificar de acuerdo a las actitudes del paciente durante la experiencia dental. Muchos autores reportan en la literatura distintas escalas globales que pueden servir de orientación para la evaluación del niño. Las más utilizadas se ilustran a continuación:

Escala de Frankl

La escala de comportamiento de Frankl fue creada por Frankl, Shiere y Fogels en 1962 y ha sido utilizada durante muchos años en diversas investigaciones científicas y a nivel clínico, ya que es funcional y de fácil manejo. Esta escala divide el comportamiento en cuatro categorías.

Definitivamente negativo o tipo I

Paciente que rehúsa al tratamiento, llora enérgicamente, se observa temeroso, asume un comportamiento desafiante o presenta otras evidencias de negativismo extremo.

Negativo o tipo II

Renuente a aceptar el tratamiento. Es un paciente no cooperador, con algunas evidencias de actitud negativa no pronunciada, pero malhumorado y retraído.

Positivo o tipo III

Acepta el tratamiento, a veces reservado, buenas intenciones de colaborarle al odontólogo, a veces cautelosos, pero siguiendo las direcciones del odontólogo cooperativamente.

Definitivamente positivo o tipo IV

Buena relación y armonía con el odontólogo, interesado en los procedimientos dentales, se ríe y disfruta de la situación.

El comportamiento del paciente durante la consulta odontológica se debe registrar en la historia clínica, ya que sirve como referencia para las próximas citas; el registro se realiza de la siguiente forma:

- Definitivamente negativo (--)
- Negativo (-)
- Positivo (+)
- Definitivamente positivo (++)

Por ejemplo, si un paciente ha tenido un comportamiento negativo durante la anestesia local, pero luego mostró un comportamiento positivo durante el procedimiento, se registraría así: AL (-) → exodoncia (+).

Escala de Sarnat

La escala de Sarnat divide el comportamiento del niño en la consulta odontológica en cinco categorías a saber:

Cooperación activa

El niño sonríe, ofrece información, inicia una conversación ligera y da respuestas positivas.

Cooperación pasiva

El niño es indiferente, pero obediente, sigue instrucciones, permanece callado.

Neutral, indiferente

El niño necesita ser convencido, no da gritos, sigue las instrucciones bajo presión.

Opuesto, perturba el trabajo

El niño trata de impedir la actividad restringiendo las manos del odontólogo, no está relajado, se sienta y se para alternativamente.

Completamente no cooperativo, fuertemente opuesto

El niño se lamenta, llora y se niega a sentarse o entrar en el consultorio.

Otras escalas

Existe otra clasificación donde se proponen 3 categorías de comportamiento del niño. Estas son:

El cooperador es el tipo de paciente positivo, que tiene la habilidad de cooperar, es decir, es maduro mentalmente para comprender lo que se le pide y lo hace con agrado.

Carente de habilidad cooperadora

Es el tipo de paciente que no puede cooperar debido a su inmadurez mental para comprender lo que se le pide. Es el niño menor de tres años de edad o los pacientes con necesidades especiales.

El potencialmente cooperador

Es aquel que tiene la habilidad de cooperar, pero no lo hace debido a miedo, ansiedad u otros factores; sin embargo, al utilizar técnicas de manejo puede convertirse en un paciente cooperador.

El paciente potencialmente cooperador, puede presentar diferentes formas de comportamiento a saber:

a) No controlado: por lo general se presenta en niños de 3 a 6 años, y la forma típica de comportamiento es la pataleta.

b) Desafiante: se presenta en todas las edades, aunque de diferentes formas, en niños pequeños la respuesta es “Yo no quiero”, en adolescentes se observa como resistencia pasiva.

c) Tímido: cauteloso.

d) Tenso: se presenta en niños mayores de 7 años.

e) Lloriqueo: usualmente el paciente presenta llanto constante, con ausencia de lágrimas.

Factores no controlables

Experiencia medica anterior

La experiencia médica juega un papel importante en el comportamiento del niño, por lo que se debe conocer la calidad emocional de las visitas médicas anteriores. El niño no discrimina entre la consulta médica y la odontológica, y puede fácilmente generalizar ya que tanto el médico como el odontólogo son “doctores”, se visten con bata, la disposición de los consultorios es similar, etc.; por lo tanto, los miedos pueden ser transferidos de una situación a otra.

Otro punto importante es el dolor experimentado en citas médicas y odontológicas previas, el cual puede ser real o imaginario, moderado o intenso, y ocupa un lugar relevante como fuente de mal comportamiento en el consultorio odontológico.

Finalmente, las experiencias de hospitalizaciones pueden influir en el comportamiento en el consultorio dental: si la estadía en el hospital fue agradable, se brindó al niño afecto, juguetes, buena alimentación, especialmente en los niños de nivel socioeconómico bajo, puede ser un factor a favor del comportamiento en el consultorio odontológico; si por el contrario la experiencia fue negativa, se puede

esperar que haya una influencia negativa en el comportamiento, especialmente durante la primera cita.

Ansiedad materna y otros factores

Numerosos estudios han demostrado una relación significativa entre la ansiedad materna y el comportamiento del niño en la consulta odontológica; el hijo de una madre altamente ansiosa, tiene mayor posibilidad de tener un comportamiento no cooperador, esto es particularmente cierto en niños menores de 4 años.

Por otra parte, se ha observado que los padres pueden predecir con alto grado de certeza el comportamiento de sus hijos en el consultorio odontológico, lo cual puede ser de gran ayuda, particularmente durante la primera cita, para tener una aproximación a las técnicas de manejo del comportamiento que el paciente requerirá.

Conocimiento del problema odontológico

Los niños que llegan a la primera consulta odontológica sabiendo que existe un problema, por ejemplo caries, necesidad de exodoncia, etc., tienen mayor posibilidad de mostrar comportamiento negativo en esa cita. Este comportamiento puede ser debido principalmente a dos factores: transmisión de ansiedad materna y miedo al dolor.

Entre otros factores encontramos todos aquellos relacionados con el desarrollo normal del individuo y el medio ambiente donde se desenvuelve; entre otros, se encuentran 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, la cultura y los posibles antecedentes de maltrato abuso físico. Aunque el odontólogo no pueda controlar estos factores, es importante reconocerlos e identificarlos con el fin de entender mejor al paciente y poder aplicar con mayor éxito técnicas de manejo de conducta.

Técnicas de manejo de comportamiento

Las técnicas de manejo de comportamiento se clasifican en dos grandes grupos: manejo básico, el cual se basa principalmente en la comunicación y manejo avanzado, el cual incluye control físico del paciente o manejo farmacológico

Evaluación del paciente

Primera cita: el diagnóstico es, en esencia, un proceso de observación constante de la actitud y comportamiento del paciente, así como de su respuesta a estímulos calculados. El momento inicial, antes de entrar a establecer una comunicación, es una excelente oportunidad para observar al niño, con el fin de evaluar su actitud y temperamento. En estos casos pueden presentarse diferentes situaciones entre las cuales se incluyen las siguientes:

Timidez: los temperamentos tímidos generalmente están asociados con niveles altos de ansiedad. En estos casos se observa que el paciente es muy callado, está físicamente muy cerca y sostenido de la madre y no sostiene la mirada.

Temor: por lo general se trata de pacientes con experiencias negativas previas, que lloran desde el momento de ingresar a la sala de espera y manifiestan abiertamente que tienen miedo. En muchas ocasiones se resisten a entrar y la madre debe cargarlos o trasladarlos físicamente.

Agresividad: contrario al paciente con temor, este paciente rechaza el tratamiento con una agresión verbal o física hacia sus padres, o hacia el profesional o el personal auxiliar.

Actividad aumentada: con pacientes inquietos que manifiestan con su ansiedad un comportamiento hiperactivo. Corren y quieren jugar con distintos implementos del consultorio y, además, hacen una gran cantidad de preguntas.

Actitud amigable: son pacientes con los cuales puede establecerse un buen grado de comunicación física y verbal y presentan, además, aceptación a la separación física de los padres.

Indiferencia: es más frecuente observar esta actitud en pacientes pre-adolescentes y adolescentes. A pesar de haber aceptación, se muestran indiferentes y poco comunicativos.

Clasificación del comportamiento

También es importante evaluar permanentemente el comportamiento motor del paciente. Aspectos tales como la respuesta motora, el contacto visual, su respuesta a estímulos verbales o no verbales y el tipo de llanto le permiten al clínico establecer el grado de comunicación y cooperación potenciales del niño.

El objetivo final del proceso es clasificar el comportamiento del paciente. Aunque es difícil hacer un diagnóstico preciso, hay en la literatura distintos métodos de evaluación que pueden servir de orientación tales como 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 (OSUBRS). Pero mas allá de utilizar una escala rígida, lo fundamental es hacer una sinopsis del tipo de comportamiento y documentar su evolución cita a cita.

Escala de Frankl

La escala de comportamiento descrita originalmente por Frankl y Wright es el instrumento que más se ha reportado y aplicado en los diferentes estudios sobre manejo del comportamiento. Aun cuando no ha sido validada, la escala de Frankl es ampliamente utilizada en la clínica debido a que se trata de una medición sencilla, práctica y fácil de aplicar. La clasificación consiste en cuatro categorías, descritas a continuación:

Definitivamente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Llanto intenso
- Movimientos fuertes de las extremidades
- No es posible la comunicación verbal
- Comportamiento agresivo

Levemente negativo

- Rechaza el tratamiento
- Movimientos leves de las extremidades
- Comportamiento tímido, bloquea la comunicación
- Acepta y acata algunas órdenes
- Llanto monotónico

Levemente positivo

- Acepta el tratamiento de manera cautelosa
- Llanto esporádico
- Es reservado
- Se puede establecer comunicación verbal
- Fluctúa fácilmente entre levemente negativo y levemente positivo

Definitivamente positivo

- Cooperación
- Buena comunicación
- Motivación e interés por el tratamiento
- Relajación y control de las extremidades

Factores condicionales

Además de realizar una evaluación de la actitud del paciente, es necesario analizar las características que pueden ser factores condicionantes de su comportamiento, tales como:

Estado de desarrollo emocional: una evaluación del estado de desarrollo emocional del paciente permite determinar el comportamiento que se debe esperar según la edad, el desarrollo y el tipo de comunicación establecida. Es diferente el diagnóstico y el manejo que se da, por ejemplo, a un niño de 20 meses, que se encuentra en una etapa sensorio-motora y cuya comunicación verbal es limitada, que a otro de 5 años, ya entrado en la etapa de operaciones concretas, con el cual se puede dialogar.

Temperamento-personalidad: estudios recientes confirman que el temperamento es un buen predictor del comportamiento odontológico. Se ha observado que los temperamentos con alto grado de timidez y aproximación están más asociados con ansiedad y comportamiento disruptivo.

Características educativas y culturales: existen diferencias en el comportamiento dependiendo el tipo de educación y cultura que rodean al paciente. Por ejemplo, los niños que reciben una estimulación temprana desarrollan más rápidamente sus habilidades comunicativas pero, al mismo tiempo, son más activos y ansiosos, mientras que pacientes de origen rural, sin ese tipo de estimulación, presentan un menor desarrollo verbal, pero son menos ansiosos y activos.

Tipos de padres: el comportamiento de los padres y su relación con el niño son factores condicionales indiscutibles. Por lo tanto, hay necesidad de establecer desde un principio una buena comunicación con ellos, así como el orientar y controlar la relación triangular paciente-odontólogo-padres.

- Padres motivados: constituyen la gran mayoría y son aquellos que tienen un interés por la salud oral de sus hijos y quieren participar y aceptar la orientación del odontólogo.
- Padres ansiosos: aunque son padres motivados y colaboradores, su presencia puede resultar contraproducente para el manejo del niño, debido a su alto nivel de ansiedad.

- Padres autoritarios: en caso de que los padres sean muy autoritarios el odontólogo debe tomar control de la situación desde un comienzo. Aunque son los padres quienes finalmente toman la decisión de realizar un tratamiento, es el odontólogo quien debe orientar y definir la forma como se ha de hacer.

- Padres manipuladores: al igual que en el caso anterior, son padres que, de una manera sutil, por medio de comentarios y sugerencias, intentan imponer la forma como debe tratarse al niño.

- Padres indiferentes: contrario a las situaciones descritas, en esta ocasión se trata de padres que no muestran una gran motivación al llevar a sus hijos a la consulta. No les interesa la salud oral del niño o desconocen la importancia. Un ejemplo común son aquellos padres que solo llevan sus hijos a consulta cuando tienen una urgencia o una necesidad estética.

MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo, parte de una rama de la psicología basada, a su vez, en el control de las emociones que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las circunstancias ambientales que la rodean. El manejo del comportamiento, por lo tanto, consiste en un proceso constante de evaluación del paciente y de adaptación a esos resultados, mediante la aplicación de diversas técnicas, de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación.

Objetivos del manejo del comportamiento

Siempre se deben tener en cuenta los objetivos de tratamiento del paciente y 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, lo que supone una selección adecuada de las técnicas apropiadas, con el fin de realizar procedimientos acordes con los criterios clínicos aceptados.

Seguridad: proteger la integridad y seguridad físicas del paciente. Debe evitarse el compromiso de la vía aérea por broncoaspiración o deglución de materiales u otros objetos. Tampoco deben lacerarse los tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes o lastimar físicamente al paciente.

Comunicación: se debe establecer algún tipo de comunicación, tanto del paciente como con sus padres. Aun con aquellos pacientes de temprana edad puede lograrse una comunicación no verbal. Se busca una interrelación positiva y se trata de evitar la 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 servir como una ayuda eficaz de prevención.

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

Control de canales de comunicación: una comunicación fluida basada en la verdad, tanto con el paciente como con sus padres, permite crear un vínculo personal y generar confianza.

Consentimiento Verbal o Escrito

Éste es un aspecto cada vez más importante. Se recomienda mantener informados a los padres sobre las técnicas y procedimientos que han de aplicarse a sus hijos. El objetivo es disminuir la ansiedad de los padres, establecer una comunicación y, por ende, mejorar la actitud y comportamiento del paciente.

Actividad preoperatorias-primera cita

Medio ambiente y sistema de trabajo: otro factor controlable que influye en el comportamiento, tanto de los padres como del paciente, es un buen sistema y una buena organización del trabajo en el consultorio.

Destreza clínica: la habilidad clínica del operador también es muy importante. Entre los aspectos que deben tenerse en cuenta están: uso y aplicación correcta de la anestesia local, aislamiento del campo operatorio con tela de caucho (dique de goma), utilización de sistemas de evacuación de alta velocidad, organización del campo operatorio y velocidad y destreza clínicas que permitan trabajar con eficiencia y calidad.

TECNICAS DE MANEJO

Existen diversas técnicas de manejo del comportamiento disponibles para el odontólogo las cuales se clasifican en técnicas comunicativas, técnicas no comunicativas y técnicas farmacológicas.

Clasificación de las principales técnicas de manejo de comportamiento

Tipo	Clasificación	Técnica
Técnicas no farmacológicas	Técnicas comunicativas	• Decir – mostrar – hacer • Control de voz • Refuerzo positivo • Refuerzo negativo • Modelado • Distracción contingente • Escape contingente • Tiempo y fuera • Comunicación no verbal
	Técnicas no comunicativas	Inmovilización física • Clásica • Tabla restrictiva Mano en la boca

Técnicas comunicativas

Decir-mostrar-hacer: consiste en permitir que el paciente conozca con antelación los procedimientos que han de aplicarse. Esto se hace de una manera secuencial: primero se le explica, en un lenguaje adecuado para su desarrollo, el procedimiento que se va a aplicar (decir), luego se hace una demostración (mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (hacer). Se recomienda utilizar esta técnica durante toda la cita, para lo cual es de utilidad un espejo de cara.

- **Objetivo:** disminuir la ansiedad del paciente, explicándole una situación que le es desconocida.
- **Indicaciones:** en pacientes que han desarrollado comunicación verbal
- **Contraindicaciones:** no está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad, porque en estos casos aún no se ha desarrollado la comunicación verbal.

Control de voz: se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se habla. No debe confundirse, sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede significar un aumento o una disminución del tono de voz, lo que en muchos casos supone el hablarle al oído, en tono muy bajo.

- **Objetivo:** establecer comunicación y ejercer autoridad con el paciente.
- **Indicaciones:** puede usarse con cualquier paciente. Es más útil en aquellos que han desarrollado ya su comunicación verbal y, especialmente, con quienes poseen un comportamiento rebelde que pretende manipular o cuestionar la autoridad.
- **Contraindicaciones:** pacientes de muy corta edad que aun no están en capacidad de asimilar el objetivo de la técnica.
- **Comunicación no verbal:** consiste en la utilización de actitudes tales como cambio en la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.

- Objetivo: establecer comunicación con el paciente y controlar la forma como percibe sus emociones.
- Indicaciones: puede usarse en todos los pacientes. Es especialmente útil en pacientes de temprana edad, que aun no han desarrollado la comunicación verbal.
- Contraindicaciones: ninguna.

Refuerzo positivo: esta técnica busca reforzar una conducta. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces, con el objeto de condicionar positivamente la conducta. 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 eliminación de una causa de mal comportamiento como retirar a los padres de la sala de trabajo, condicionando su regreso a una mejoría del comportamiento. Al igual que en la técnica de refuerzo positivo, por tratarse de un condicionamiento, debe hacerse inmediatamente y de manera repetida. Generalmente se utiliza en combinación con el control de la voz, para expresar desaprobación. El refuerzo negativo no debe confundirse con castigos, que están contraindicados y generan una actitud negativa hacia el tratamiento.

- Objetivo: modificar el comportamiento disruptivo de un paciente mediante el condicionamiento de su respuesta motora.

- Indicaciones: pacientes que hayan desarrollado una capacidad de comunicación oral.

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

Tiempo y fuera: es una variación del refuerzo negativo, para pacientes de mayor edad. Consiste en suspender temporalmente el tratamiento, en la misma cita, o darla por terminada y pedirles al paciente y a sus padres que regresen cuando el niño esté preparado para cooperar.

- Objetivo: busca modificar un comportamiento disruptivo mediante el condicionamiento y el autocontrol del paciente, de modo que el tratamiento dependa de su propia voluntad de cooperar.

- Indicaciones: pacientes incapaces de entender la técnica, debido a su corta edad o a su inmadurez emocional.

Distracción contingente: consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento, al tiempo que se condiciona su conducta mediante el manejo de contingencias. Puede hacerse con la ayuda de medios audiovisuales o auditivos, y más recientemente, con la realidad virtual.

- Objetivo: distraer al paciente del tratamiento, con el fin de disminuir su ansiedad.

- Indicaciones: puede usarse en cualquier paciente.

- Contraindicaciones: aunque no está contraindicada, es poco eficaz en pacientes de muy corta edad que aun no han desarrollado bien la comunicación verbal.

Escape contingente: se busca que el paciente tenga el control de la situación, de modo que con una indicación suya, por ejemplo al levantar la mano, se interrumpa temporalmente el tratamiento.

- Objetivo: busca modificar un comportamiento disruptivo, mediante el condicionamiento y el 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: la técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra empleando modelos que son sometidos a circunstancias similares a las que ha de experimentar el paciente. Puede hacerse 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 suficientes para entender el objetivo de la técnica.

- Contraindicaciones: no se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en pacientes que, debido a su corta edad, no tienen aun el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica.

Técnicas no comunicativas

Inmovilización física: en ciertas ocasiones es necesario recurrir a la inmovilización parcial o total del paciente, con el fin de proteger su propia integridad física. Se busca restringir firmemente las articulaciones, sin ejercer un exceso de presión que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, el personal auxiliar o los mismos padres, o puede usarse un dispositivo de restricción (Papoose Board, Pedi-Wrap). También se puede inmovilizar la boca mediante el uso de bloques 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 unos parámetros clínicos ideales de calidad. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y del personal auxiliar.

- Indicaciones: pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.
- Contraindicaciones: pacientes cooperadores o en aquellos en los que no existe la posibilidad de hacer una inmovilización segura, debido a sus condiciones médicas, psicológicas o de desarrollo físico.

Mano en la boca: esta es una técnica muy controvertida, que está entrando en desuso. Consiste en poner la mano, suave pero firmemente, en la boca del niño, con el fin de aislar el sonido y establecer la comunicación. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz. El retiro de la mano se condiciona a la colaboración del niño. No debe utilizarse poniendo la mano simultáneamente sobre boca y nariz impidiendo la respiración, como se reportó en la literatura durante algún tiempo. Antes de aplicarla se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres.

- Objetivo: establecer comunicación con el paciente y ejercer autoridad sobre él.
- Indicaciones: pacientes sanos con una comunicación verbal desarrollada y un potencial de cooperación, que sin embargo exhiben un comportamiento desafiante y rebelde.
- Contraindicaciones: pacientes que, debido a su corta edad, no tengan capacidad para cooperar. Pacientes inmaduros emocionalmente o discapacitados física o mentalmente.

Técnicas farmacológicas

Primera cita

La primera cita es decisiva en el manejo de la conducta. 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 familiarizarse con el odontólogo, el personal auxiliar, los instrumentos y el medio ambiente en general.

Presencia de padres

Es recomendable la presencia de los padres para lograr un apropiado manejo del paciente, ya que le permite al odontólogo desde un principio establecer una comunicación más fluida con el niño. Solo se recomienda retirar a los padres cuando se requiera mejorar la comunicación con el niño y su presencia sea un factor distractor, cuando hay un alto nivel de ansiedad o por petición de ellos mismos.

En la Odontología Pediátrica, el conocimiento del paciente y el estudio de su comportamiento –que son las bases del manejo del paciente- deben fundamentarse científicamente. La práctica clínica exige que el odontólogo esté preparado y tenga un conocimiento sólido de la forma de manejar a sus pacientes, de modo que pueda brindarles un tratamiento odontológico, con la calidad y motivación adecuadas para alcanzar una salud oral óptima.

Según Juan Manuel Cárdenas V. El manejo de la consulta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y un conocimiento del desarrollo emocional y psicológico del niño. Las tendencias sociales, las aptitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias jurídicas han llevado a que se revisen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente.

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

El comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica en general, se debe a varios factores; ambiente odontológico, relación con el personal auxiliar, las actitudes de los padres y además el tipo de conducta que presenta cada

niño en particular. Para el profesional de la odontología debe ser de vital importancia la primera visita odontológica del paciente. Debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta mas tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro.

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

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

Además, existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica mas adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea. El propósito de este trabajo es el dar a conocer algunas técnicas que debe poner en práctica el odontólogo para la comprensión y manejo de la conducta del niño, con el fin de facilitar el tratamiento del paciente a la consulta odontológica.

Entre esas técnicas se mencionan: métodos afectivos en el manejo de la comunicación, el cual aparece en la guía de la Academia Americana de Odontopediatría, también se reseñan otros métodos, como el manejo de la conducta con imágenes visuales, modelamientos, entre otras.

No obstante, cabe señalar, que no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padre. Sin embargo, tiene especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento bio-sicosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional de la Odontología.

ADAPTACIÓN:

Como sucede con muchas de las palabras del castellano, el término adaptación proviene del latín. Dentro de la mencionada lengua su origen reside en la palabra *adaptare* que es un verbo compuesto por dos partes. Así, en primer lugar está el prefijo *ad*, que significa “hacia”, y en segundo lugar nos encontramos con el verbo *aptare* que vendría a traducirse como “ajustar” o “equipar”.

Partiendo de esta explicación hay que subrayar que, por tal motivo, en el pasado el término *adaptare* se definía como ajustar una cosa a otra. Un significado que se asemeja al actual.

Adaptación es un concepto que está entendido como la acción y el efecto de adaptar o adaptarse, un verbo que hace referencia a la acomodación o ajuste de algo respecto a otra cosa. La noción, como se desprende de la práctica, posee diferentes acepciones según al ámbito donde se aplique: por ejemplo, la adaptación es hacer que un objeto o un mecanismo cumpla con distintas funciones a aquellas para las que fue construido. Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología.

CONDUCTA ADAPTATIVAS:

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

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

- Ambiente odontológico
- Odontólogo
- Personal Auxiliar
- Padres
- Niños
- Primera visita odontológica

AMBIENTE ODONTOLOGICO:

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

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

ODONTOLOGO

El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, establecer comunicación. Ya que esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento.

El lenguaje a usar por el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento exitoso y llevar al paciente a una buena adaptación.

En síntesis, se requiere en el tratamiento con el niño crear una atmósfera de confianza en un ambiente placentero.

PERSONAL AUXILIAR:

La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionado con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener una apariencia agradable.

PADRES

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

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

NIÑOS

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

La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño, es decir entre 4 y 7 años . Una buena guía es la señalada por Magnusson en su libro de texto, en donde refieren el perfil de maduración de los años preescolares señalados por años.

DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO Y TECNICAS BASICAS PARA SU MANEJO

CONDUCTA DESCONTROLADA

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo y establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

CONDUCTA DESAFIANTE

Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

El trastorno de conducta oposicionista y desafiante (su sigla en inglés es ODD) es un trastorno conductual que normalmente se diagnostica en la niñez y que se caracteriza por conducta no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y fastidiosas hacia los padres, compañeros, maestros y otras figuras de autoridad. La angustia y la preocupación que los niños y adolescentes con ODD provocan en los demás son mayores que las que ellos mismos experimentan. Aún se desconoce la causa exacta de este trastorno, pero existen dos teorías principales para explicar su desarrollo. La teoría del desarrollo, que sugiere que los problemas comienzan cuando el niño tiene entre uno y dos años y medio de edad.

Los niños y adolescentes que desarrollan ODD pueden experimentar dificultades para aprender a volverse autónomos y separarse de la principal persona a la cual se encuentran ligados emocionalmente. Las "actitudes negativas" características de este trastorno se consideran una continuación de las cuestiones normales del desarrollo que no se resolvieron de forma adecuada durante los primeros años de vida. La teoría del aprendizaje, que sugiere, sin embargo, que las características negativas del trastorno de conducta oposicionista y desafiante son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y figuras de autoridad.

Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres incrementa la frecuencia y la intensidad de este tipo de conducta en el adolescente, quien de este modo logra la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción que desea obtener de los padres o las figuras de autoridad.

CONDUCTA TIMIDA

A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

La timidez se define como un patrón de conducta caracterizado por un déficit de relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada de escape o evitación del contacto social con otras personas. En la timidez el grado de malestar puede ser fuerte, existe una notable incomodidad, pero, inicialmente no es incapacitante, ya que no interfiere gravemente con el progreso académico y la adaptación social del niño.

Las principales manifestaciones de la conducta tímida son:

- Déficit o carencia de conductas de interacción con compañeros y adultos.
- Conductas de ansiedad, miedo y temor ante situaciones interpersonales habituales y situaciones que impliquen evaluación junto a síntomas psicofisiológicos. Con el tiempo se llega a evitar y/o escapar en lo posible.
- Problemas relativos al concepto de sí mismo y a la afectividad.
- Existen varias **teorías etiológicas acerca de las conductas de timidez:**

Psicobiológicas: Suponen una predisposición hereditaria temperamental:

- Se encuentran diferencias individuales en recién nacidos en actividad motora, irritabilidad y tipo de reacción ante acontecimientos nuevos.
- Se descubre un rasgo de inhibición ante lo desconocido. Se refiere a un umbral excesivamente bajo de activación psicofisiológica ante estimulación social nueva que se manifiesta en rubor, taquicardia y lentitud en la reducción de dicha activación.
- El grado de timidez de los hijos es inversamente proporcional al grado de sociabilidad de las madres.
- El tipo de temperamento del niño puede determinar el tipo de comportamiento de los padres y cuidadores (un niño inhibido provoca en los padres menos conductas de atención).

CONDUCTA COOPERATIVA TENSA

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprensión

manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento asegurarse de los niveles de comodidad, para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.

CONDUCTA LLOROSA:

Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto. La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva. Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

TECNICAS DE ADAPTACION DECIR, MOSTRAR, HACER:

La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Pinkhan señala en su libro de texto que antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección del anestésico local y otros procedimientos complicados, por ejemplo, extirpación pulpar). Otros autores sin embargo, sugieren que se debe seguir esta técnica al momento de colocar el anestésico local.

Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá. El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.

CONTROL MEDIANTE LA VOZ:

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

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

DESENSIBILIZACIÓN

Esta técnica se usa para aminorar los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen ansiedad. Es poco práctica en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas.

MODELAMIENTO:

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

Un niño es capaz de aprender patrones de conducta, mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido. Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones:

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

REFORZAMIENTO POSITIVO:

Se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables.

- Estos reforzadores pueden ser; Materiales y tangibles; regalos pequeños, calcomanías.
- Reforzadores sociales; pueden ser verbales como; elogios o felicitaciones y no verbales como abrazos y sonrisas.
- Refuerzos de actividad, participación en una actividad agradable y jugar.

Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno; dígale que hoy se portó muy bien en la silla dental.

CONDICIONAMIENTO:

Cuando los niños lleguen al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo. Se utilizará la técnica decir, mostrar, hacer, el tratamiento debe hacerse con honestidad, similar a las expectativas creadas.

También el odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades. Debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica. Hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente y los padres, y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal.

En general, los odontólogos reconocen la necesidad de mejorar y ampliar sus conocimientos de manejo de la conducta de los niños, pero la exposición a programas de capacitación y la aceptación de nuevas estrategias basadas en principios psicológicos, han sido extremadamente lento (Allen, Stanley y McPherson, 1990). Según lo descrito por Costa Jr. (2001), pocos estudios en

psicología han estudiado de forma sistemática el efecto de las intervenciones psicosociales en el comportamiento de los niños expuestos a las consultas y atención de la salud, especialmente cuando las contingencias implican los procedimientos médicos y / o dental invasivo.

Algunos estudios sugieren que el repertorio conductual de los niños, expuestos a la situación de la atención dental, lo que resulta en un manejo inadecuado del dentista (Prins, Weerkamp Horst, Jong y Tan, 1987; Weinstein, Getz, Ratener y Domoto, 1982). Sin embargo, algunos autores discuten, en concreto, la conducta del comerciante, y cómo esta se ve afectada por el comportamiento funcional del paciente. La capacidad de interactuar y comunicarse con el paciente es esencial para crear una buena relación de trabajo. Caldana y Biasoli-Alves (1990) señalan que el conocimiento de la conducta del paciente proporciona un mejor rendimiento de la odontología. Diez-Berge, Veerkamp y Hoogstraten (1999) cuenta que el comportamiento del odontólogo tiene una influencia significativa en el desarrollo del miedo dental en los niños.

Bases Legales

La normativa venezolana regula las diversas actividades que se ejecutan en el país, a continuación se mencionaran una serie de leyes en las cuales se encuentra apoyado el siguiente trabajo, la ***Ley del Ejercicio de la Odontología (1970)***, esta ley contempla en el artículo 2 lo siguiente:

Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento, (p. 1)

La Ley del Ejercicio de la Odontología por otra parte contempla en su artículo 16 que:

Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran. (p.6)

Asimismo, contempla en el artículo 67 lo siguiente:

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social queda facultado para dictar las medidas sanitarias y de fiscalización que en resguardo de la salud pública y de los intereses profesionales del gremio odontológico, considere necesarias a los efectos de aplicación de la presente Ley. (p.17)

Como se aprecia existen diferentes instrumentos jurídicos en la legislación venezolana que establecen la importancia de la salud en general y en particular la salud bucal, así como de los procedimientos quirúrgicos que deben ser empelados en las exodoncias dentales

DEFINICIÓN DE TERMINOS

Manejo del Comportamiento: El manejo del comportamiento son las diferentes formas por medio de las cuales el odontólogo y su equipo, realizan al niño el tratamiento odontológico de una forma efectiva y eficiente y al mismo tiempo instauran una actitud positiva hacia la odontología y el cuidado oral.

Comunicación: La comunicación es el intercambio de pensamientos, opiniones o información, que se puede lograr por diferentes medios; el habla, el tono de voz, la expresión facial y el lenguaje corporal.

Manejo Básico: Son técnicas de manejo de comportamiento basadas principalmente en la comunicación.

Manejo Avanzado: Son técnicas que incluyen control físico del paciente o manejo farmacológico.

Control de Voz: Alteración controlada de la voz, ya sea en el volumen o tono, mostrando así la aceptación o no de un comportamiento determinado, con el fin de influir directamente sobre este.

Comunicación No Verbal: Es el refuerzo y guía del comportamiento a través de la expresión facial y del lenguaje corporal.

Diga Muestre Haga: Es una técnica de manejo que involucra explicaciones verbales de los procedimientos a realizar por medio de un lenguaje apropiado a nivel de desarrollo del paciente (Diga); demostración del procedimiento a través de aspectos visuales, auditivos, olfatorios y táctiles (Muestre), y luego, sin desviarse de la explicación y la demostración original, se realiza el procedimiento en boca (Haga).

Refuerzo Positivo: El refuerzo positivo es una técnica que utiliza la retroalimentación positiva al paciente; al obtener el comportamiento deseado, el odontólogo premia con refuerzos sociales o sociales.

Distracción: Técnica por medio de la cual se desvía la atención del paciente de un procedimiento que se puede percibir como desagradable.

Modelaje: Es el aprendizaje mediante la observación y consiste en la utilización de un modelo que ejecute conductas que se esperan del paciente, mientras éste

observa y escucha. Este modelaje puede ser en vivo o se pueden utilizar ayudas como libros, videos, etc.

Presencia/Ausencia de los Padres: Esta técnica utiliza la ausencia o presencia de los padres para obtener cooperación durante el tratamiento, al utilizar la presencia como refuerzo positivo a un comportamiento deseado y la ausencia como respuesta a un comportamiento negativo.

Inmovilización: Es el uso directo de fuerza física a un paciente, con o sin su autorización, con el fin de restringir su movimiento y prevenir injurias mientras se realiza el tratamiento odontológico.

Estado emocional: La identificación del estado emocional del paciente ayuda a determinar las causas específicas de determinado tipo de comportamiento, con el fin de establecer objetivos claros de intervención.

Miedo: el miedo se define como un estado de angustia y malestar generalizado en el paciente, que va asociado con una situación de desconocimiento o de inseguridad. Es muy frecuente la presencia de miedo en los pacientes de menor edad, especialmente cuando asisten por primera vez a la consulta y desconocen por completo el medio ambiente, así como al odontólogo y al personal auxiliar.

Ansiedad: a diferencia del miedo, la ansiedad generalmente se presenta en pacientes que han desarrollado un temor específico hacia algún evento o procedimiento.

Rechazo-agresividad: en muchas ocasiones la presencia de un comportamiento disruptivo no obedece a niveles altos de ansiedad o miedo, sino al rechazo a actividades invasivas, como lo son los procedimientos odontológicos. Se observa en pacientes muy pequeños, menores de 2 años, que aún se encuentran en la etapa oral (según Freud) y que presentan un rechazo natural al procedimiento. O en pacientes mayores, entre 4 y 7 años, que pueden desarrollar una actitud agresiva o de manipulación, para evitar el tratamiento.

Dolor: aunque el dolor es una causa natural de rechazo, es un error frecuente intentar controlar y mejorar la cooperación por medio de técnicas de manejo, olvidando que en primera instancia debe administrarse una dosis adecuada y

suficiente de anestesia local. Muchas veces incluso, se comete el error de no administrar anestésico para no alterar el comportamiento, lo cual es contraproducente, porque el dolor producido por una exposición dentinaria genera un rechazo y ansiedad mayor.

Llanto: el llanto es uno de los primeros y más importantes mecanismos de comunicación que desarrolla el niño. Existen diferentes patrones que deben diferenciarse, ya que pueden ser útiles para diagnosticar el estado emocional del paciente.

Llanto básico-monotónico: se trata de un patrón rítmico que es utilizado por los bebés como mecanismo para expresar hambre, pero que en niños mayores está asociado con ansiedad y expresión de rechazo. En estos casos el niño generalmente coopera y no varía el tono ni el ritmo durante todo el procedimiento.

Llanto de ira: como su nombre lo indica, es un patrón característico donde hay una mayor intensidad y se presenta más en pacientes agresivos que quieren confrontar y evitar el tratamiento.

Llanto de dolor: es fácilmente identificable, ya que es causado por la presencia de dolor al realizar alguna procedimiento, aunque es importante diferenciarlo del llanto por ira.

Llanto de frustración: es un patrón arrítmico caracterizado por gritos largos sin periodos largos de retención de la respiración –suspiros- que se presenta en situaciones de ansiedad, donde, al igual que en el llanto básico, el paciente es potencialmente cooperador.

Condición sistémica

Otra de las causas que pueden desencadenar un trastorno del comportamiento puede ser la presencia de una infección respiratoria u otra condición que afecte la salud general. Este tipo de alteración es más evidente en pacientes que normalmente tienen un comportamiento cooperador.

Incomodidad

Existen, por último, situaciones menores que incomodan al paciente y que , en muchos casos, pueden afectar su comportamiento. Entre ellas se encuentran, por ejemplo, la fotofobia o rechazo a luz de la lámpara, la presencia de reflejo de náusea, debido a una hipertrofia amigdalina o la incomodidad producida por la posición o presión de los instrumentos odontológicos sobre los tejidos priorales.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

La investigación científico-humanista es una actividad orientada a la resolución de un problema del conocimiento o de la realidad. Cualquier hecho, por cotidiano que éste sea, puede ser explicado, si es tamizado a través del método científico.

Pese a este principio de unidad metodológica, la clasificación de la investigación científica es diversa y en este caso particular el tipo de investigación se considera de campo de acuerdo con de Palella y Martins (2009); quienes establecen que ésta consiste en "...la recolección de datos tomados directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular ni controlar variables. Estudia los hechos en su ambiente natural..." (p.97)

Modalidad de Investigación

Para desarrollar la modalidad de proyecto factible lo primero que se hizo fue realizar un diagnóstico, el segundo paso consistió en plantear y fundamentar teóricamente la propuesta y establecer el procedimiento metodológico así como las actividades y recursos necesarios para su ejecución. Por último, se realizó un análisis de la factibilidad del proyecto y se procedió al diseño de la propuesta.

Según y Palella y Martins (2009), el diseño de investigación se refiere a la estrategia que adopta el investigador para responder al problema, dificultad o inconveniente planteado en el estudio. (p.95)

En tal sentido, este estudio se enmarca en la modalidad de proyecto factible, el cual, según la UPEL, (2010), consiste en la investigación elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos. El proyecto debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades. De acuerdo con el autor antes señalado, el proyecto factible consta de tres fases: Fase I: Diagnóstico; Fase II: Estudio de Factibilidad y Fase III: Diseño de la Propuesta. Estas se explican a continuación:

Fase Diagnóstico

Este proyecto tiene como objetivo Proponer la Incorporación de la Unidad Curricular Psicología del Niño en el contenido programático de la asignatura Odontología del Niño y del Adolescente, IV Semestre de la Carrera de Odontología en la Universidad José Antonio Páez.

Para la realización de esta primera fase, se efectuó un estudio de campo con el objeto de obtener información para la detección de la necesidad de formular la propuesta. Este estudio de campo se realizó en la Facultad de Odontología Universidad José Antonio Páez, ubicada en Valencia Edo. Carabobo.

Población y Muestra

En una investigación, la *población* es aquel conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las cuales se van a generar las conclusiones. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010), establecen que una población es “...el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p304).

Además, la metódica investigativa establece que, cuando el tamaño del colectivo es demasiado grande, el investigador toma sólo una parte del mismo, de acuerdo con

ciertas reglas de procedimiento, que están basadas en la teoría de las probabilidades; esta fracción se denomina *muestra*.

En este sentido, la muestra, es un subconjunto de la población, accesible y limitado sobre la que se hará la medición; los resultados que se obtengan aquí podrán ser generalizados al conjunto de la población. La muestra para esta investigación se seleccionó de manera intencional a los docentes del IV Semestre que imparten la asignatura Odontología del niño y del adolescente.

Según Hernández y Otros (1998), para elegir el tipo de muestra se requiere depender de los objetivos del estudio y del esquema de investigación, para esta investigación la muestra será dirigida, por cuanto las muestras dirigidas son varias en cuanto a que un determinado diseño de investigación así lo requiere, sin embargo son generalizables a la muestra en sí o muestras similares. No son generalizables a una población.

Técnicas de Recolección de Datos

Para diagnosticar la necesidad de la propuesta, se aplicó un cuestionario; el mismo se elaboró utilizando la escala tipo Licker la cual incluye 5 alternativas de respuestas: Siempre (S), Casi Siempre (CS), Algunas Veces (AV), Casi Nunca (CN), Nunca (N).

Para efectos de esta investigación, se utilizó la encuesta como técnica de recolección de información y el cuestionario como instrumento. (Anexo B). Esta selección estará fundamentada en el proceso de Operacionalización de variables (Anexo A) ya que a partir de éste, se alcanzará los objetivos propuestos para este estudio.

Validez

Para la validación del instrumento se utilizó el juicio de expertos, el cual estuvo conformado por un jurado imparcial, especialistas en el área, al cual se le solicitó la colaboración para la validación del instrumento, que según Hurtado y Toro (2010), significa que “el diseño de la investigación permite detectar la relación que pretende analizar, que los resultados deben responder a las preguntas formuladas y no a otros asuntos”. (p.83).

Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad, Hernández, Fernández y Baptista (1910), afirman que “la confiabilidad es un instrumento de medición, se refiere al grado en que su aplicación, repetida al mismo sujeto y objeto produce iguales resultados. (p.349).

Primeramente se aplicó el instrumento como prueba piloto a diez sujetos de estudio diferentes a la muestra seleccionada. Posteriormente, se aplicó el instrumento a los sujetos de estudio seleccionados para tal fin, conformados los docentes del IV Semestre que imparten la asignatura Odontología del niño y del adolescente. La confiabilidad del mismo se utilizó la prueba del coeficiente de Alfa de Cronbach, que se calculará sobre la base de la varianza de los ítems.

El coeficiente Alfa de Cronbach se determinó mediante la siguiente fórmula

donde:

N = Número de ítems

S_i^2 = Suma de las varianzas parciales de cada ítems

S_t^2 = Varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{N}{N-1} * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{Total}^2} \right] = \frac{30}{29-1} * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{Total}^2} \right] =$$

CAPÍTULO IV

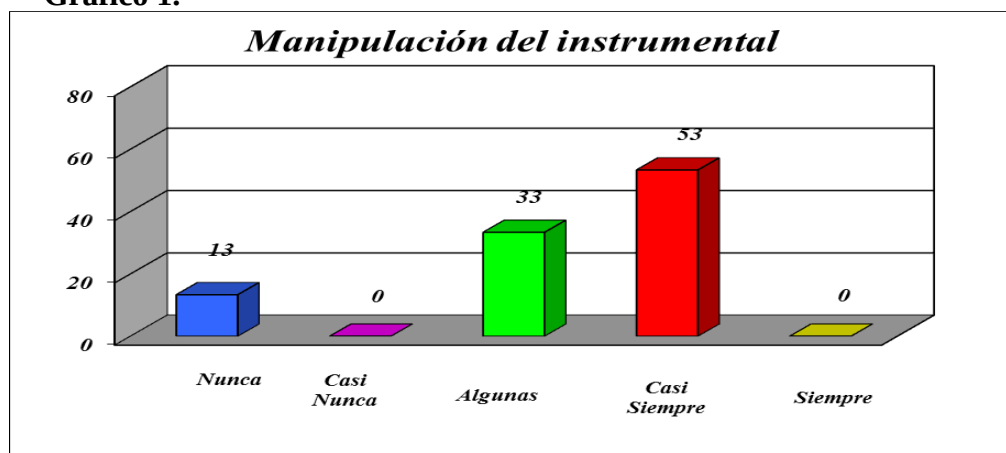
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan los datos recolectados los cuales le dan significado y fundamentación a la presente investigación, de allí que es necesario introducir un conjunto de operaciones y análisis de los resultados, con el propósito de organizarlos y dar respuestas a las interrogantes y los objetivos planteados en el estudio.

Cuadro 1. *Manipulación del instrumental*

DOCENTES											
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>		ESCALA									
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>		N		CN		AV		CS		S	
Indicador: <i>Manipulación del instrumental</i>											
Ítems		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	<i>Realiza prácticas de manipulación de instrumental con los estudiantes para una efectiva praxis odontológica.</i>	4	13	0	0	10	33	16	53	0	0
Promedio		4	13	0	0	10	33	16	53	0	0

Grafico 1.



Fuente: Torres (2013)

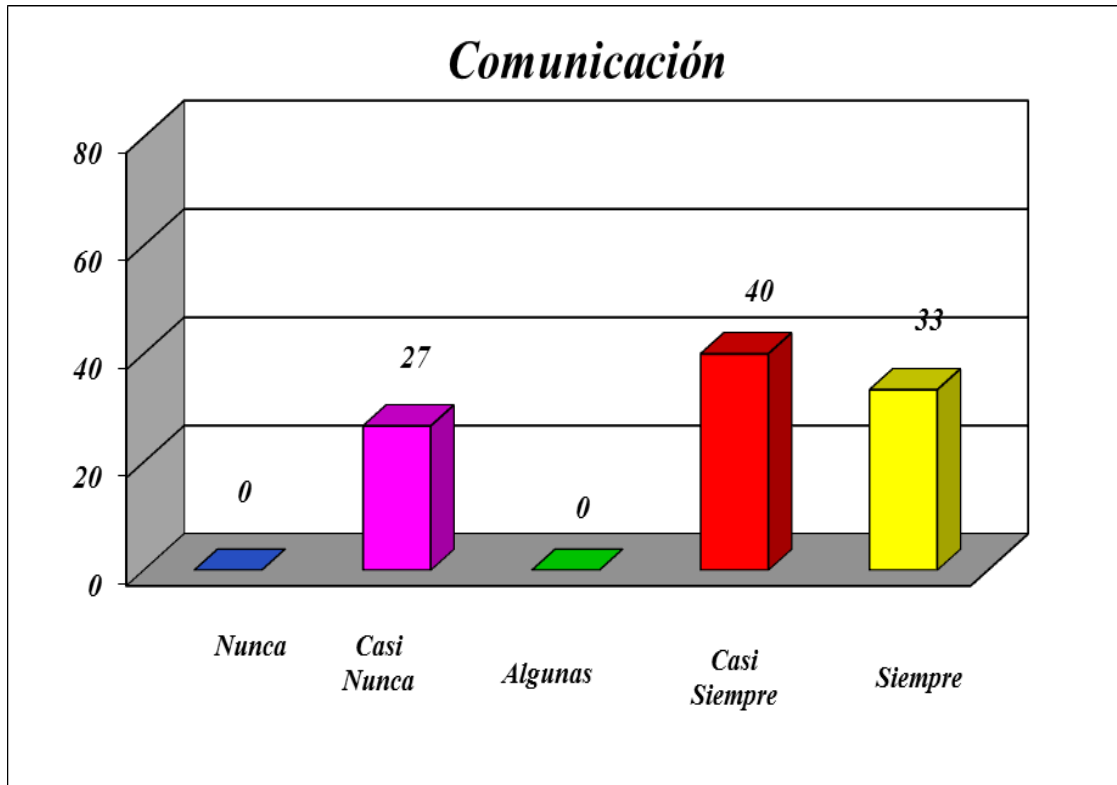
Los resultados demuestran que el 53% de los odontólogos encuestados señalo que casi siempre realizan prácticas de manipulación de instrumental con los estudiantes para una efectiva praxis odontológica, no obstante un 33% manifestó que solo algunas veces se propicia las practicas odontológicas con manipulación de instrumental, igualmente un 13% también se ubicó en una opción desfavorable, sin embargo es importante que los estudiantes practiquen mediante manipulación correcta de los instrumentos con la ayuda, orientación y supervisión de los odontólogos responsables de la asignatura.

Es importante reconocer que el manejo y conocimiento del instrumental de uso dental es imprescindible en la práctica clínica diaria. Se debe preparar antes de su requerimiento por parte del odontólogo, de tal forma que sea fácil el acceso a él en función de la técnica que tenga presente realizar.

Cuadro 2. **Comunicación**

DOCENTES													
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>		<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>		N	CN	AV	CS	S	T						
Indicador: <i>Comunicación</i>													
Ítems		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2	Mantiene una comunicación efectiva con los estudiantes como herramienta que permite el manejo del grupo enfatizando en el aprendizaje significativo.	0	0	8	27	0	0	12	40	10	33	30	100
Promedio		0	0	8	27	0	0	12	40	10	33	30	100

Grafico 2.



Fuente: Torres (2013)

En lo referente al tema de la comunicación se encontró que el 40% de los encuestados opinó que casi siempre mantienen comunicación con los estudiantes como medio para enfatizar en el aprendizaje significativo, sin embargo, el 27% se ubicó en la escala casi nunca, esto indica que representan un porcentaje considerable desde el punto de vista desfavorable para el indicador comunicación, tan solo un 33% de los odontólogos encuestados señaló que siempre reconocen que la comunicación es fundamental en el manejo del grupo y la promoción del aprendizaje significativo.

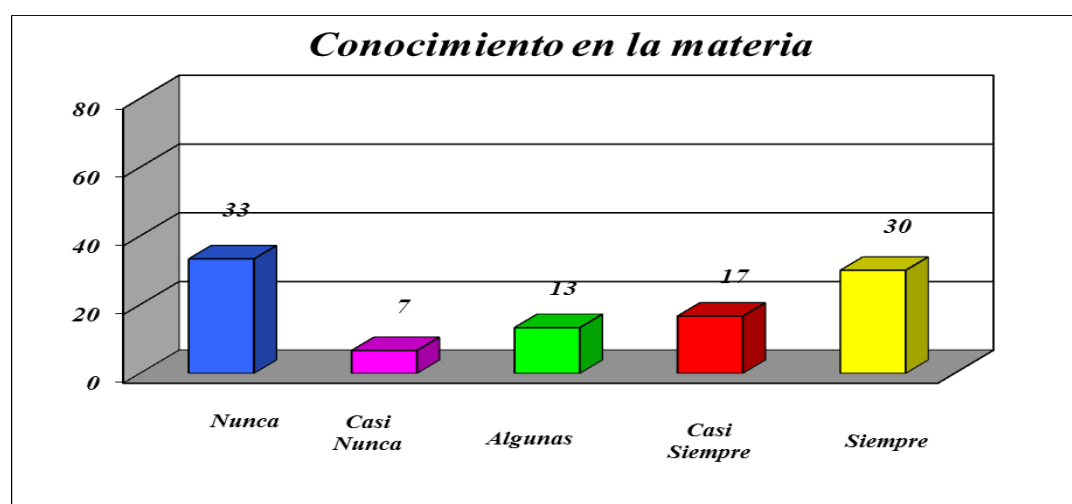
Por lo tanto lo primero que debe considerar un odontólogo es que el paciente menor de edad tiene limitaciones o temores cuando asiste al consultorio odontológico, de allí que el manejo de una comunicación asertiva y clara es importante que se practique desde el ámbito universitario, pues esta será una herramienta fundamental para una mayor comprensión de sus pacientes, pues para

muchos niños la consulta al odontólogo es limitada ya que su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba. De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación, proceso no muy bien comprendido inicialmente por los odontólogos que tratan a pacientes infantiles, los cuales recomiendan técnicas que buscan la producción de mejoramientos en el comportamiento de sus pacientes, variando de actitudes permisivas a rígidas y disciplinarias, con el factor común de enfatizar el más expendido accionar del profesional.

Cuadro 3. *Conocimiento en la materia*

DOCENTES													
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>		<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>													
Indicador: <i>Conocimiento en la materia</i>													
Ítems		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
3	<i>Instruye a los estudiantes a desarrollar contenidos relacionados con la psicología del niño para la correcta aplicación del conocimiento en la práctica.</i>	10	33	2	7	4	13	5	17	9	30	30	100
<i>Promedio</i>		10	33	2	7	4	13	5	17	9	30	30	100

Grafico 3.



Fuente: Torres (2013)

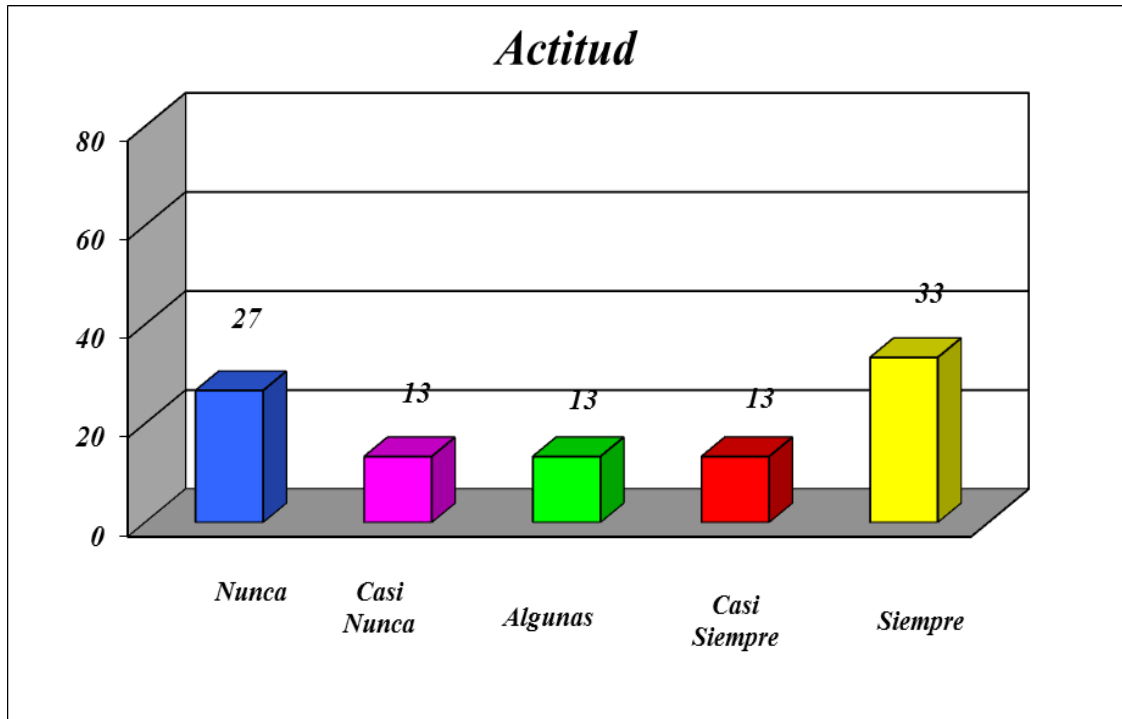
Los resultados demuestran en un 33% que nunca se da la oportunidad para desarrollar contenidos relacionados con la psicología del niño en las practicas odontológicas, por otra parte el 30% de los encuestados señaló que siempre ofrecen a sus estudiantes instrucciones propias para la correcta aplicación del conocimiento técnico en la práctica odontológica desde el enfoque que plantea el tema de la psicología del niño. Los resultados permiten inferir que están desiguales las opiniones de los encuestados con respecto a desarrollar contenidos relacionados con la psicología del niño y su vinculación con los tratamientos odontológicos.

En consecuencias, queda demostrado que es fundamental el conocimiento que aporta la psicología para la práctica de tratamientos odontológicos en pacientes pediátrico. Sin embargo hay que estar preparado ya que en muchos casos en el trato de pacientes infantiles se puede presentar situaciones que resultan con dificultad porque radican en parte en lo complejo del abordaje de las emociones. De allí que para un rendimiento eficiente del odontólogo es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente infantil.

Cuadro 4. *Actitud*

DOCENTES													
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>		<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>		N	CN	AV	CS	S	T						
Indicador: <i>Actitud</i>													
<i>Ítems</i>		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
4	<i>Reconoce que la actitud de disposición que refleja el odontólogo ofrece seguridad al paciente pediátrico.</i>	8	27	4	13	4	13	4	13	10	33	30	100
<i>Promedio</i>		8	27	4	13	4	13	4	13	10	33	30	100

Grafico 4.



Fuente: Torres (2013)

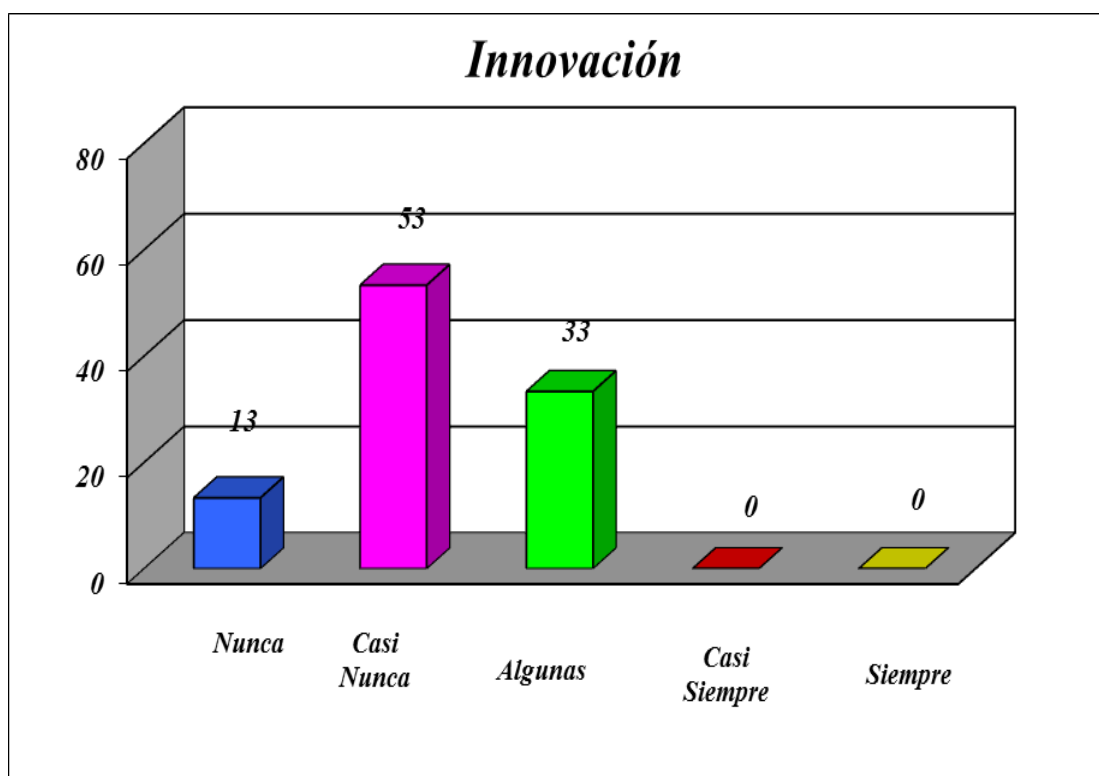
En los resultados correspondientes al indicador actitud del odontólogo frente a los pacientes pediátricos se tiene que solo el 33% de los encuestados manifestó que siempre reconocen que la actitud del odontólogo ofrece seguridad al paciente y propicia un clima de seguridad e interacción odontólogo-paciente pediátrico, los demás resultados son iguales en las categorías algunas veces y casi siempre, lo que permite conocer que los odontólogos encuestados le dan poca importancia a la actitud de disposición para la atención al paciente.

Es importante que el profesional de odontología considere que el llanto es una forma de expresión que recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo, en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del odontólogo tratante. Las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante los diversos tipos de pacientes, ya que son igualmente diversas las causas que le provocan miedo al momento de visitar al odontólogo.

Cuadro 5. *Innovación*

DOCENTES											
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>						ESCALA					
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>						N	CN	AV	CS	S	T
Indicador: <i>Innovación</i>											
Ítems		f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
5	<i>Ofrece alternativas novedosas a los estudiantes en aras de lograr centrar la atención en el desarrollo de los contenidos de la asignatura clínica del niño.</i>	4	13	16	53	10	33	0	0	0	30
Promedio						4	13	16	53	10	30

Grafico 5.



Fuente: Torres (2013)

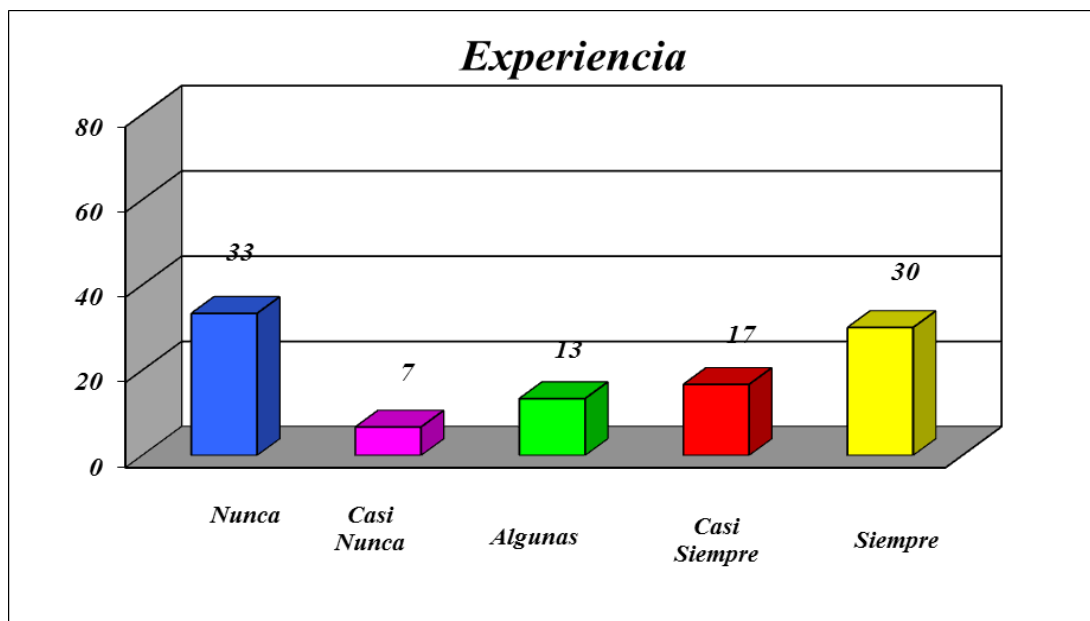
Los resultados demuestran que el 53% de los sujetos de estudio manifestó que casi nunca ofrecen alternativas novedosas e innovadoras para desarrollar contenidos asociados a la asignatura clínica del niño. Un 33% señaló que algunas veces si orientan a los estudiantes hacia el logro de contenidos de la clínica del niño, estos resultados permiten inferir que no se hace énfasis en el desarrollo de competencia por parte del profesorado hacia sus estudiantes quienes tendrán la responsabilidad de ofrecer un servicio en el marco de la salud bucal.

En consecuencias, en el ofrecimiento de alternativas para el desarrollo de contenidos de la asignatura clínica del niño se pondrá especial énfasis en el grado de complementariedad con todas aquellas Asignaturas en las que se trabaje con la atención de pacientes, preparándose para la construcción y ejecución de herramientas fundamentales para abordar el trabajo con el paciente infantil

Cuadro 6. *Experiencia*

DOCENTES													
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>		<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>													
Indicador: <i>Experiencia</i>													
<i>Ítems</i>		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
6	<i>Destaca la importancia de la experiencia para una efectiva práctica odontológica.</i>	10	33	2	7	4	13	5	17	9	30	30	100
<i>Promedio</i>		10	33	2	7	4	13	5	17	9	30	30	100

Grafico 6.



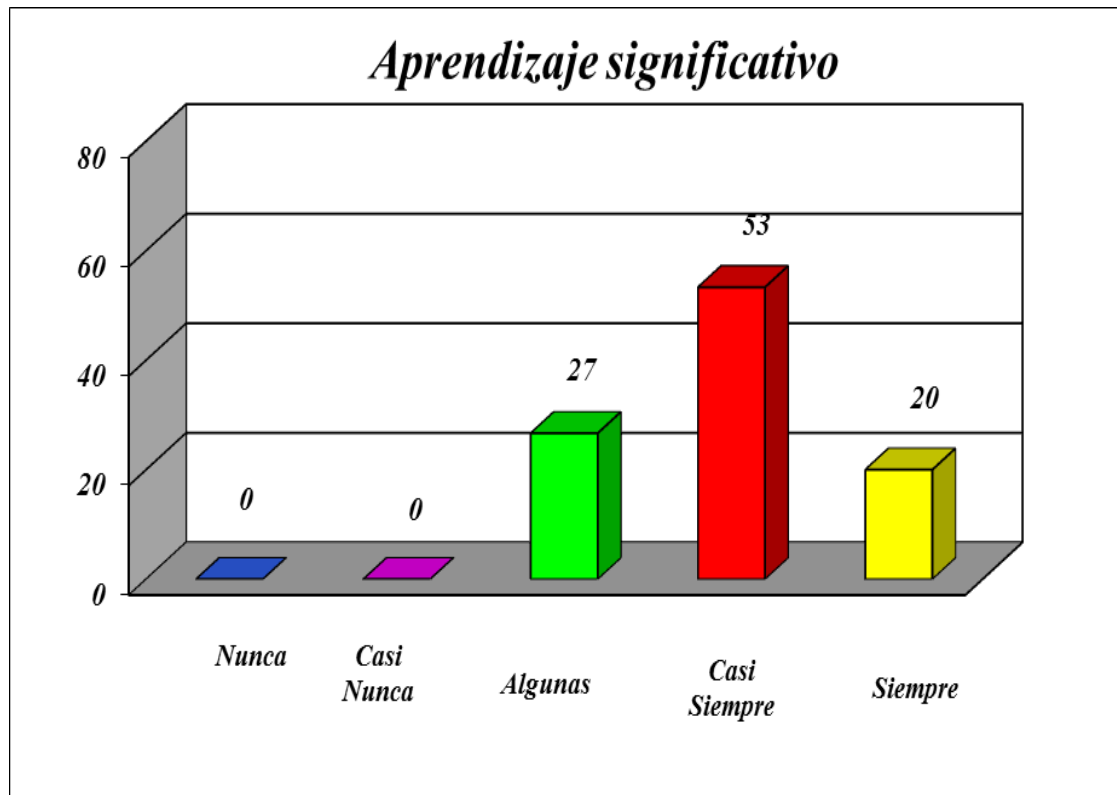
Fuente: Torres (2013)

En los resultados obtenidos en el indicador experiencia del odontólogo, se observa como relevante que el 33% señaló que no reconocen la experiencia como un aspecto importante para una efectiva practica odontológica, otro 30% manifestó que si lo considera, pues la experiencia permite manipular con precisión y seguridad al instrumental y además ofrece confianza al paciente fundamentalmente si es de un nivel pediátrico.

Cuadro 7. Aprendizaje significativo

DOCENTES																
Variable: <i>Unidad Curricular Psicología del Niño</i>					<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Desarrollo de competencias</i>					N	CN	AV	CS	S	T						
Indicador: <i>Aprendizaje significativo</i>																
<i>Ítems</i>					<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%		
7	Orienta a los estudiantes a que aprendan significativamente los contenidos relacionados con la psicología del niño.				0	0	0	0	8	27	16	53	6	20	30	100
<i>Promedio</i>					0	0	0	0	8	27	16	53	6	20	30	100

Grafico 7.



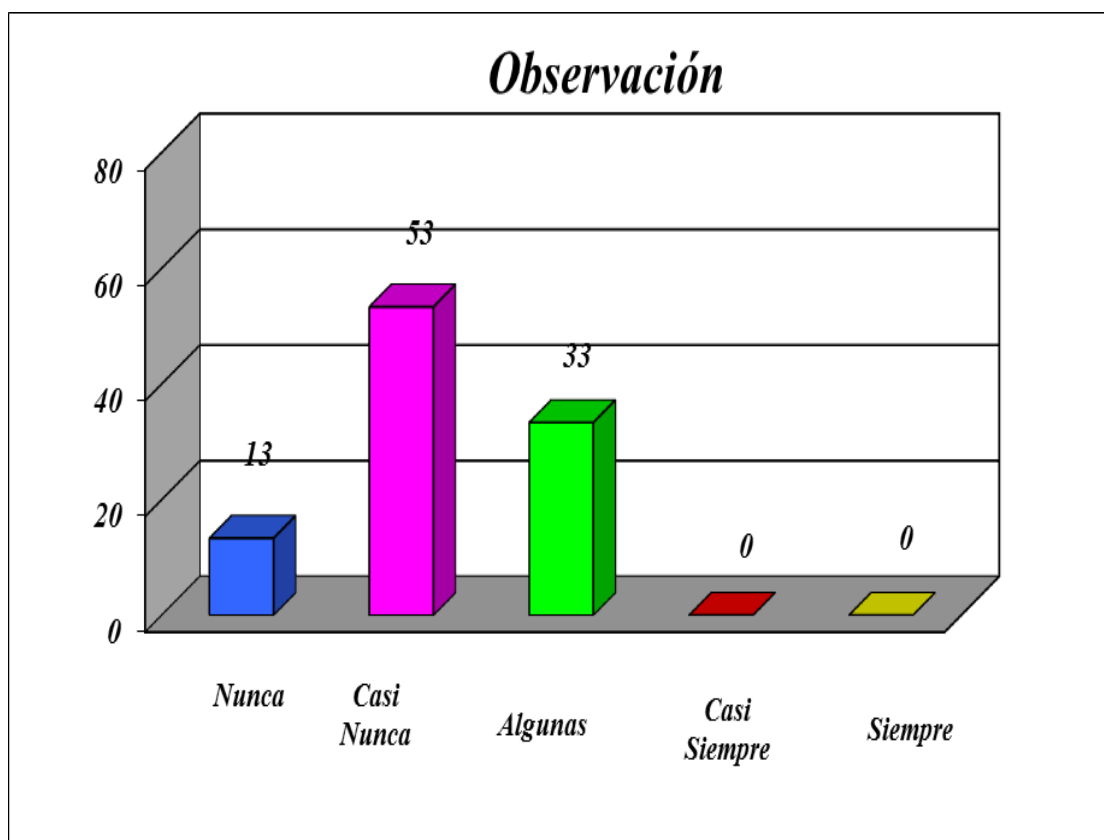
Fuente: Torres (2013)

En lo que respecta al indicador aprendizaje significativo se tiene como dato importante que el 53% de los encuestados señaló que casi siempre orienta a los estudiantes a que aprendan significativamente los contenidos relacionados con la psicología del niño, es un porcentaje bien significativo para conocer que hay interés por parte del profesorado por el aprendizaje significativo de sus estudiantes, por otro lado en la opción algunas veces un 27% manifestó que algunas veces orienta a los estudiantes hacia el logro de un aprendizaje significativo en el área odontológica.

Cuadro 8. *Observación*

DOCENTES															
Variable: <i>Práctica clínica eficiente en pacientes infantes</i>				<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Tratamiento pediátrico</i>				<i>N</i>		<i>CN</i>		<i>AV</i>		<i>CS</i>		<i>S</i>		<i>T</i>	
Indicador: <i>Observación</i>															
<i>Ítems</i>				<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
8	Explica a los estudiantes la técnica de la observación científica como herramienta para iniciar un diagnóstico en pacientes pediátricos.			4	13	16	53	10	33	0	0	0	0	30	100
Promedio				4	13	16	53	10	33	0	0	0	0	30	100

Grafico 8.



Fuente: Torres (2013)

En lo que respecta a la técnica de la observación, el 53% de los sujetos manifestó que casi nunca explican a los estudiantes la importancia que tiene la técnica de observación científica como elemento fundamental para iniciar un diagnóstico en pacientes pediátricos, otro 33% señaló que algunas veces lo hacen, lo que indica que es un porcentaje poco significativo, entendiendo que el proceso de observación científica implica el primer paso y el más importante para los diagnósticos y opiniones de tratamiento odontológicos.

En tal sentido, uno de los aspectos que primeramente se debe centrar la observación es en la conducta de los padres, pues ésta puede ser modificada al explicarle por qué se le pide naturalidad al recibir al niño, si se les invita a verlo a mitad del tratamiento, cuando el niño está tranquilo, podría disminuir su ansiedad, al constatar que el hijo está cómodo y relajado y se hace así menos probable que los padres manifiesten ansiedad y preocupación ante sus hijos cuando reciben atención odontológica.

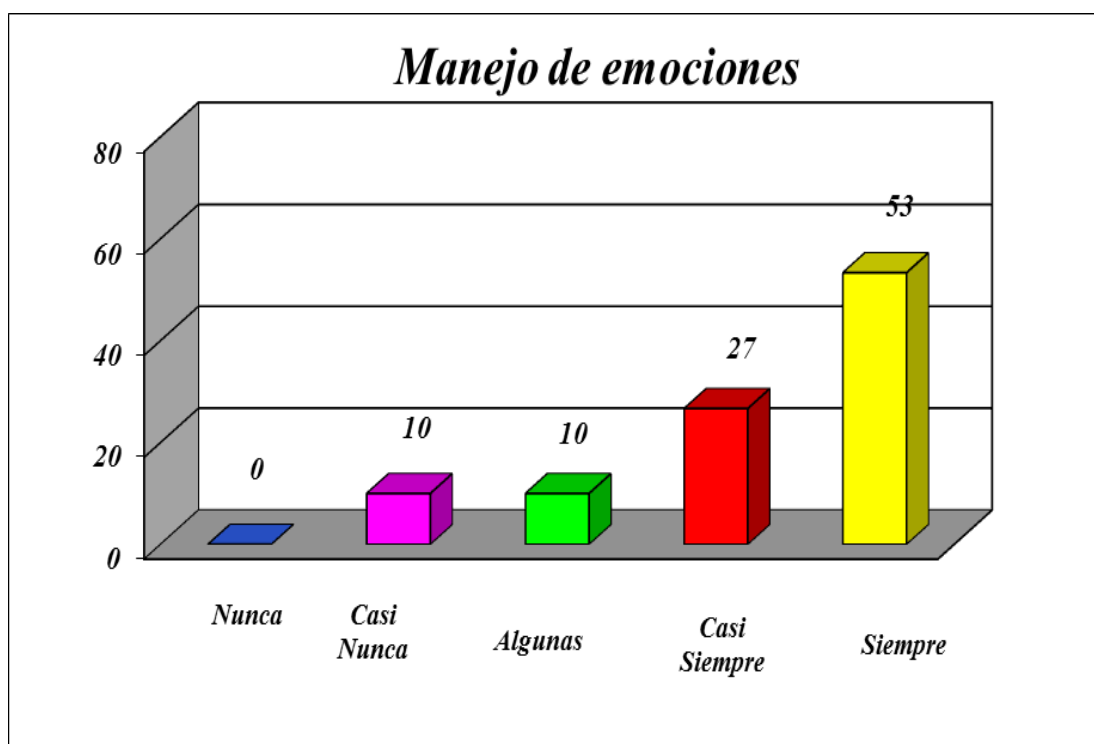
Cuadro 9. Manejo de emociones

DOCENTES													
Variable: <i>Práctica clínica eficiente en pacientes infantes</i>		<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Tratamiento pediátrico</i>													
Indicador: <i>Manejo de emociones</i>													
Ítems		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
9	<i>Destaca la importancia del control en el manejo de las emociones en el contacto directo con los pacientes pediátricos.</i>	0	0	3	10	3	10	8	27	16	53	30	100
<i>Promedio</i>		0	0	3	10	3	10	8	27	16	53	30	100

Los resultados demuestran que el 53% de los sujetos de estudio señaló que siempre están atentos para destacar la importancia que tiene el control y manejo de las emociones en el contacto directo con los pacientes pediátricos, este resultado permite conocer que hay una actitud favorable por parte del profesorado para formar asertivamente en las prácticas clínicas correctas, fundamentalmente en el manejo de las emociones.

Es importante que el profesional de odontología considere que el llanto es una forma de expresión que recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo, en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del odontólogo tratante.

Grafico 9.

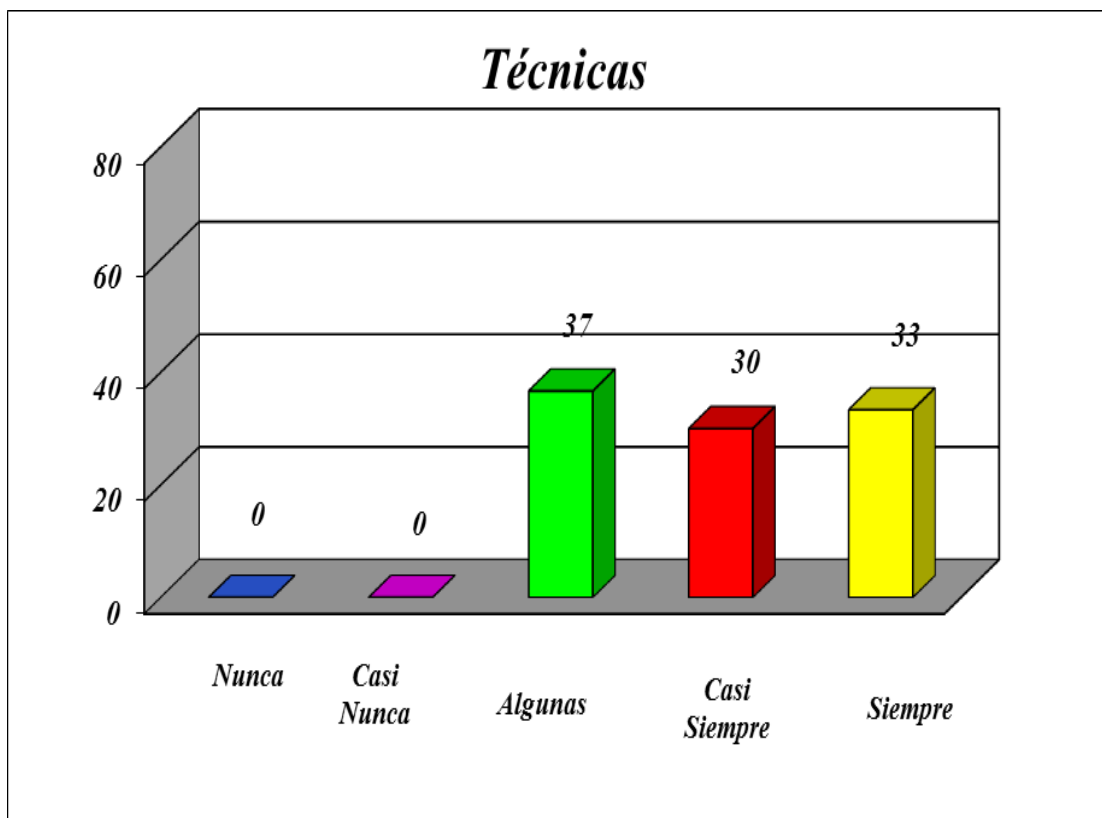


Fuente: Torres (2013)

Cuadro 10. *Técnicas*

DOCENTES															
Variable: <i>Práctica clínica eficiente en pacientes infantes</i>				<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Tratamiento pediátrico</i>				<i>N</i>		<i>CN</i>		<i>AV</i>		<i>CS</i>		<i>S</i>		<i>T</i>	
Indicador: <i>Técnicas</i>															
<i>Ítems</i>				<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
10	<i>Describe las técnicas eficaces a utilizar en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica.</i>			0	0	0	0	11	37	9	30	10	33	30	100
<i>Promedio</i>				0	0	0	0	11	37	9	30	10	33	30	100

Grafico 10.



Fuente: Torres (2013)

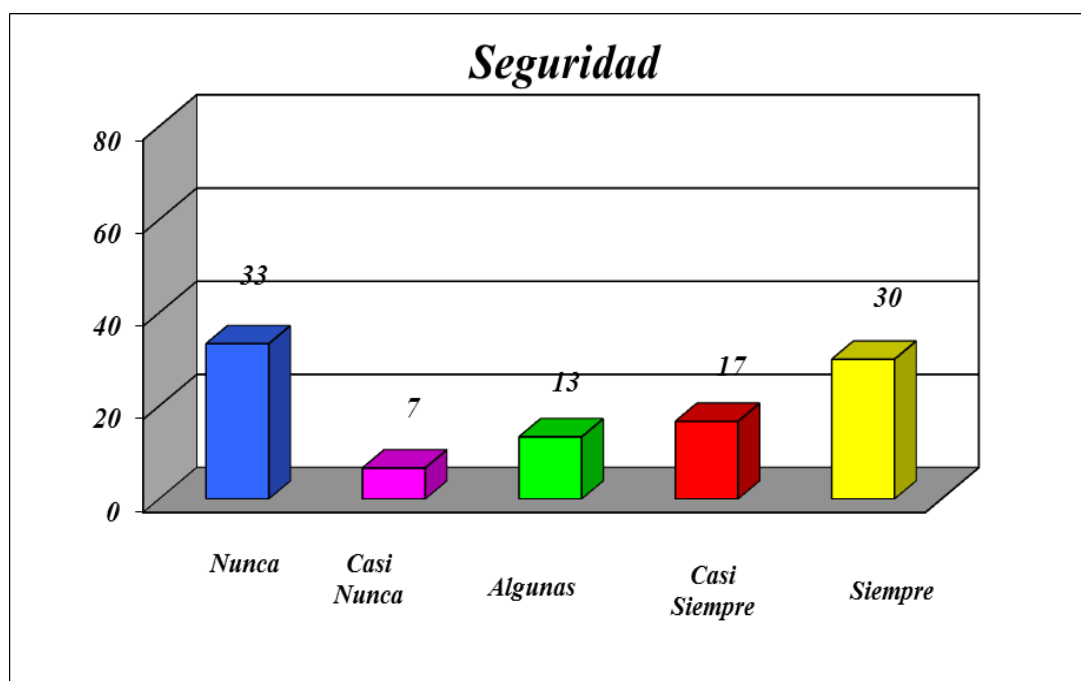
Los resultados permiten observar que los profesores encuestados manifestaron que en un 37% de solo algunas veces realizan prácticas para describir y explicar las técnicas más eficaces a utilizar en el manejo de las emociones del niño que acuden a la consulta odontológica, no obstante en las opciones favorables se contabiliza un porcentaje bien significativo como lo es un 60% que se ubicó en la escala siempre y casi siempre.

Estos resultados permiten inferir que si hay una actitud positiva de parte del profesorado hacia el desarrollo de la experticia en los odontólogos que se especializan en atención pediátrica. Se hace énfasis en que las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante los diversos tipos de pacientes, ya que son igualmente diversas las causas que le provocan miedo a los infantes al momento de visitar al odontólogo.

Cuadro 11. *Seguridad*

DOCENTES															
Variable: <i>Práctica clínica eficiente en pacientes infantes</i>				ESCALA											
Dimensión: <i>Tratamiento pediátrico</i>				N		CN		AV		CS		S		T	
Indicador: <i>Seguridad</i>															
Ítems				f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
11	Propicia entre los estudiantes la búsqueda de alternativas novedosas para la adquisición de nuevos conocimientos en el abordaje de los pacientes pediátricos en tratamiento.			10	33	2	7	4	13	5	17	9	30	30	100
Promedio				10	33	2	7	4	13	5	17	9	30	30	100

Grafico 11.

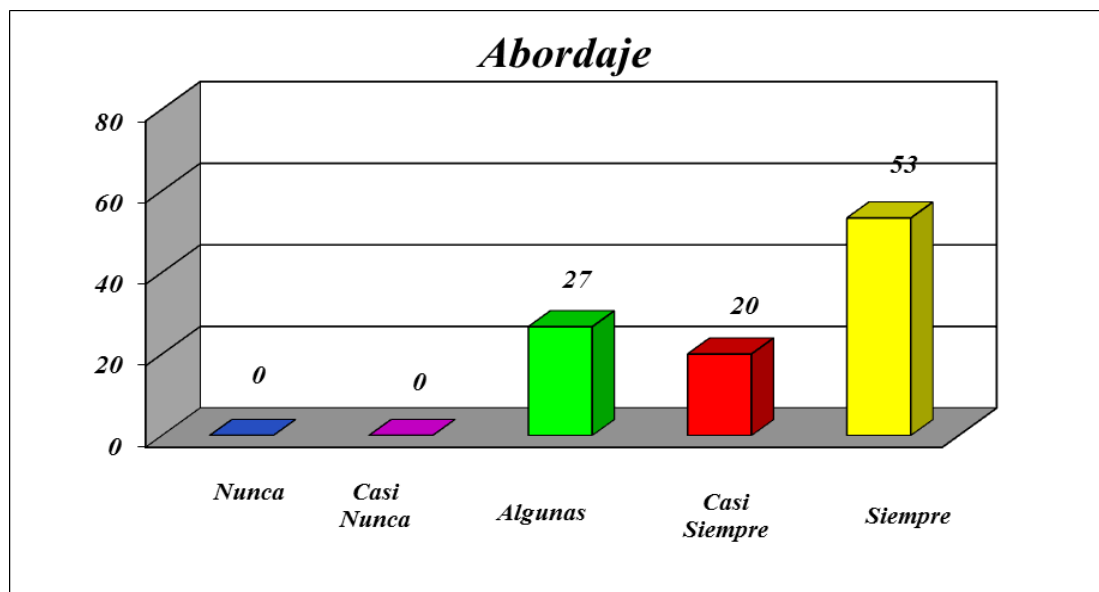


Fuente: Torres (2013)

Cuadro 12. Abordaje

DOCENTES															
Variable: <i>Práctica clínica eficiente en pacientes infantes</i>				ESCALA											
Dimensión: <i>Tratamiento pediátrico</i>				N CN AV CS S T											
Indicador: <i>Abordaje</i>															
Ítems				f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
12	Reconoce que el desarrollo psicológico del niño es fundamental para su salud integral e interacción social.			0	0	0	0	8	27	6	20	16	53	30	100
Promedio				0	0	0	0	8	27	6	20	16	53	30	100

Grafico 12.



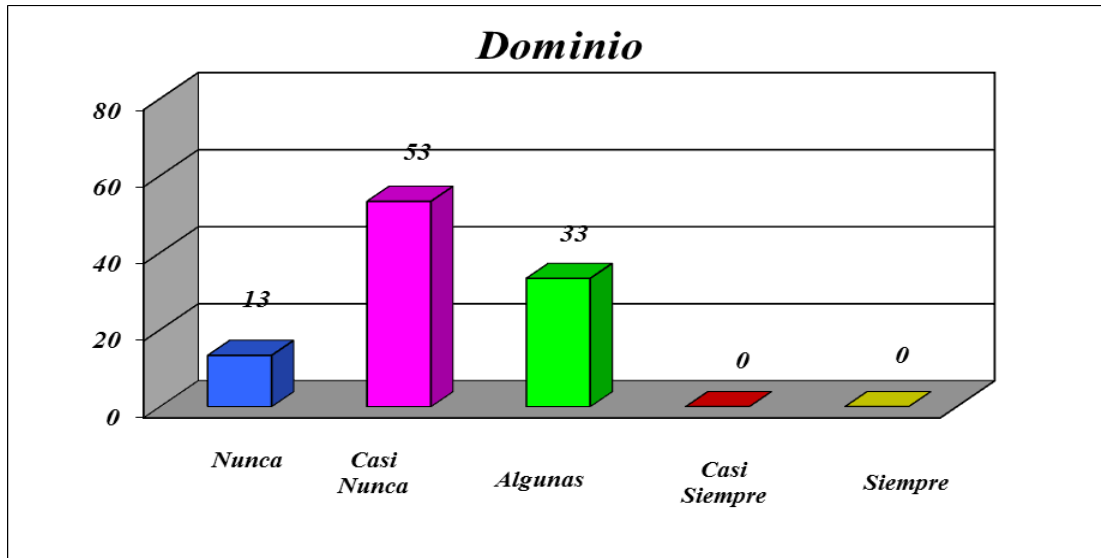
Fuente: Torres (2013)

Un 53% de los sujetos encuestados manifestó que si reconoce que el desarrollo psicológico del niño es fundamental para su salud integral e interacción social, lo que permite definir que los profesionales de la odontología están claramente relacionados con las teorías que explican el desarrollo psicológico del niño, en tal sentido es oportuno y necesario el abordaje de la asignatura clínica del niño en la carrera odontológica.

Cuadro 13. Dominio

DOCENTES															
Variable: <i>Práctica clínica eficiente en pacientes infantiles</i>				<i>ESCALA</i>											
Dimensión: <i>Tratamiento pediátrico</i>				<i>N</i>		<i>CN</i>		<i>AV</i>		<i>CS</i>		<i>S</i>		<i>T</i>	
Indicador: <i>Dominio</i>				<i>N</i>		<i>CN</i>		<i>AV</i>		<i>CS</i>		<i>S</i>		<i>T</i>	
<i>Ítems</i>				<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
13	Destaca la importancia que requiere el dominio de la conducta del paciente pediátrico que recibe atención odontológica.			4	13	16	53	10	33	0	0	0	0	30	100
Promedio				4	13	16	53	10	33	0	0	0	0	30	100

Grafico 13.



Fuente: Torres (2013)

En este cuadro se puede evidenciar que el 53% de los encuestados señaló que casi nunca están pendiente de orientar a sus estudiantes en el tema del dominio que se debe tener al momento de manejar situaciones de comportamiento conductual que asumen los pacientes pediátricos que acuden a recibir atención odontológica, otro 33% opinó que algunas veces destacan la importancia del tema de las conductas que asumen los niños cuando acuden al odontólogo, de allí que estas opiniones y señalamientos de los docentes formadores de odontólogos permiten justificar el propósito de esta integración como lo es analizar la importancia de la asignatura clínica del niño como parte del pensum de la carrera odontológica.

Es por ello que cuando el odontólogo esta frente a pacientes pediátricos debe practicar acciones rutinarias las muestras de cortesía y estas deberían ser igualmente de rutina como lo es con los pacientes adultos. Todas las solicitudes deberían ser hechas "por favor", y si el niño responde, seguidas de "gracias". Se le puede extender la mano para ayudar al niño así como permitirle expresar opiniones y sentimientos dentro de posibilidades razonables. Básicamente, se desea que se comporten como adultos tratándoles con el respeto correspondiente. Es frecuente ver conducirse bien a un niño solo porque ha sido tratado diferente; este suele apreciar el respeto y se esfuerza por no arriesgar la pérdida de esta relación.

Conclusiones del Diagnóstico

Una vez finalizado el análisis de los resultados en la investigación se puede afirmar que es completamente válida la posibilidad de plantear la inclusión de la unidad curricular psicología del niño al contenido programático de la carrera odontología de la Universidad José Antonio Páez, por lo tanto implica estudiar, analizar e incorporar contenidos provenientes del campo de la Psicología en la formación de los profesionales de odontología, en tal sentido no supone la anulación de las particularidades de cada disciplina, sino un intento de articulación e integración que parte de considerar al hombre en su integralidad.

En este sentido, la propuesta que se presenta apunta a la ampliación del marco de la psicología en aras de que los estudiantes de odontología puedan obtener elementos importantes para su formación provenientes del campo social y humanístico, de manera tal que el alumno pueda inscribir la odontología en relación a las ciencias sociales. Con este propósito, se incentivarán estrategias de trabajo que favorezcan la lectura e interpretación de diferentes discursos referentes al tema de la psicología del niño en el ámbito odontológico.

Además se pondrá especial énfasis en el grado de complementariedad con todas aquellas Asignaturas en las que se trabaje con la atención de pacientes, preparándose para la construcción y ejecución de herramientas fundamentales para abordar el trabajo con el paciente infantil.

En consecuencia, la psicología no están de acuerdo en como los odontólogos pueden tratar a los pacientes pediátricos que manifiestan miedo y ansiedad. El desacuerdo puede radicar en parte en lo complejo de estas emociones, la falta de investigación concluyente en el área y principalmente, los problemas conceptuales. De allí que para un rendimiento eficiente del odontólogo es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente infantil.

Por lo tanto lo primero que debe considerar un odontólogo es que el paciente menor de edad tiene limitaciones o temores cuando asiste al consultorio odontológico, de allí que su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación esta siendo puesta a prueba. De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación, proceso no muy bien comprendido inicialmente por los odontólogos que tratan a pacientes infantiles, los cuales recomiendan técnicas que buscan la producción de mejoramientos en el comportamiento de sus pacientes, variando de actitudes permisivas a rígidas y disciplinarias, con el factor común de enfatizar el mas expendido accionar del profesional.

Es importante que el profesional de odontología considere que el llanto es una forma de expresión que recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo, en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del odontólogo tratante. Las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante los diversos tipos de pacientes, ya que son igualmente diversas las causas que le provocan miedo al momento de visitar al odontólogo.

Los odontólogos manifiestan alto estrés frente a resistencia de los pacientes pediátricos, que se inicia con pequeñas muestras de llanto, movimientos agresivos y gritos, de tal modo que esta situación influye en el control emocional del profesional.

Cuando el odontólogo esta frente a pacientes pediátricos debe practicar acciones rutinarias las muestras de cortesía y estas deberían ser igualmente de rutina como lo es con los pacientes adultos. Todas las solicitudes deberían ser hechas "por favor", y si el niño responde, seguidas de "gracias". Se le puede extender la mano para ayudar al niño así como permitirle expresar opiniones y sentimientos dentro de posibilidades razonables. Básicamente, se desea que se comporten como adultos tratándoles con el respeto correspondiente. Es frecuente ver conducirse bien a un niño solo porque ha

sido tratado diferente; este suele apreciar el respeto y se esfuerza por no arriesgar la pérdida de esta relación.

La conducta de los padres en ocasiones puede ser modificada al explicarle por qué se le pide naturalidad al recibir al niño, si se les invita a verlo a mitad del tratamiento, cuando el niño esta tranquilo, podría disminuir su ansiedad, al constatar que el hijo esta cómodo y relajado y se hace así menos probable que lo acojan, a la salida del consultorio como si algo malo le estaba ocurriendo

El principio más importante es que el elogio se relacione con los esfuerzos y logros del niño y no con su carácter y personalidad. Los comentarios deben ser hechos de manera que este pueda deducir de ellos características positivas en su comportamiento y capacidad de adaptación.

Se había propuesto que la autoestima no sería un factor determinante en la infancia temprana, sin embargo se ha descrito la importancia de la estética aun para niños de corta edad. Lo cual es un elemento digno de consideración.

El proceso de comunicación influye en la consulta, por lo tanto el odontólogo debe establecer desde el principio de la consulta, paulatinamente y con claridad cuales son las reglas del juego, las normas y modalidades durante las sesiones. El niño necesita, para desenvolverse progresivamente mejor, un sistema de referencia consistente, un esquema conocido y de pocas variaciones, y una vez establecidas estas rutinas el odontólogo no debe separarse de ellas, a no ser que circunstancias muy especiales lo hagan aconsejable y aun así es necesario explicar las razones del cambio.

Antes de describir procedimientos específicos es necesario examinar dos situaciones observables con alguna frecuencia. Odontólogos que utilizan estrategias indeseables, por ejemplo, persuadir a un niño que la inyección es indolora; sino

resulta de ese modo, el paciente debe concluir que el odontólogo es insensible o mentiroso. En otro caso, el odontólogo permite que su paciente deje la consulta con la impresión que no fue "bueno" o "valiente", el niño puede desarrollar una actitud negativa, un reconocimiento de su aparente incapacidad para afrontar situaciones de este tipo, en el futuro próximo y lejano.

Otro aspecto importante e imprescindible es el manejo y conocimiento del instrumental de uso dental en la práctica clínica diaria. En tal sentido, se debe preparar antes de su requerimiento por parte del odontólogo, de tal forma que sea de acceso a él en función de la técnica que tenga prevista realizar.

En todas las instancias formativas de la asignatura psicología del niño se busca que el alumno trabaje, se exprese y aprenda los contenidos con el fin de que perciba su importancia y utilidad para el trato con sus futuros pacientes en el entorno de la atención clínica.

Por lo antes planteado, es importante destacar los resultados más relevantes encontrados durante el análisis de las opiniones o respuestas emitidas por los encuestados de allí que se tiene lo siguiente:

En cuanto a lo referente a las prácticas de manipulación de instrumentales con los estudiantes para una efectiva praxis odontológica un alto porcentaje señaló que casi siempre realizan prácticas de manipulación de instrumental con los estudiantes para una efectiva praxis odontológica, no obstante algunos de ellos manifestó que solo algunas veces se propicia las practicas odontológicas con manipulación de instrumental, por lo que hay un grupo que se ubica en una opción favorable, lo que destaca que es importante que los estudiantes practiquen mediante manipulación correcta de los instrumentos con la ayuda, orientación y supervisión de los odontólogos responsables de la asignatura.

En consecuencias; hay que reconocer que el manejo y conocimiento del instrumental de uso dental es imprescindible en la práctica clínica diaria. Se debe preparar antes de su requerimiento por parte del odontólogo, de tal forma que sea fácil el acceso a él en función de la técnica que tenga presente realizar.

Por otra parte se destaca que una comunicación efectiva con los estudiantes es una herramienta clave que permite el manejo del grupo enfatizando en el aprendizaje significativo.

De allí que, en lo referente al tema de la comunicación se encontró que un alto porcentaje de los encuestados opinó que casi siempre mantienen comunicación con los estudiantes como medio para enfatizar en el aprendizaje significativo, sin embargo, otro grupo se ubicó en la escala nunca, esto indica que hay un porcentaje considerable desde el punto de vista desfavorable para el indicador comunicación, tan solo algunos de los odontólogos encuestados señaló que siempre reconocen que la comunicación es fundamental en el manejo del grupo y la promoción del aprendizaje significativo.

Por lo tanto lo primero que debe considerar un odontólogo es que el paciente menor de edad tiene limitaciones o temores cuando asiste al consultorio odontológico, de allí que el manejo de una comunicación asertiva y clara es importante que se practique desde el ámbito universitario, pues esta será una herramienta fundamental para una mayor comprensión de sus pacientes, pues para muchos niños la consulta al odontólogo es limitada ya que su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba.

En referencia al desarrollo de contenidos relacionados con la psicología del niño para la correcta aplicación del conocimiento en la práctica, los resultados demuestran que casi nunca se da la oportunidad para desarrollar contenidos relacionados con la psicología del niño en las practicas odontológicas, no obstante

otros de los encuestados señaló que siempre ofrecen a sus estudiantes instrucciones propias para la correcta aplicación del conocimiento técnico y metodológico en la práctica odontológica desde el enfoque que plantea el tema de la psicología del niño.

En consecuencias, queda demostrado que es fundamental el conocimiento que aporta la psicología para la práctica de tratamientos odontológicos en pacientes pediátrico. Sin embargo hay que estar preparado ya que en muchos casos en el trato de pacientes infantiles se puede presentar situaciones que resultan con dificultad porque radican en parte en lo complejo del abordaje de las emociones. De allí que para un rendimiento eficiente del odontólogo es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente infantil.

Por lo que se refiere a la actitud de disposición que refleja el odontólogo ofrece al paciente pediátrico, los resultados correspondientes a éste indicador de actitud del odontólogo frente a los pacientes pediátricos se tiene que solo un bajo número de los encuestados manifestó que siempre reconocen que la actitud del odontólogo ofrece seguridad al paciente y propicia un clima de seguridad e interacción odontólogo-paciente pediátrico, los demás resultados son iguales en las categorías algunas veces y casi siempre, lo que permite conocer que los odontólogos encuestados le dan poca importancia a la actitud de disposición para la atención al paciente.

Es importante que el profesional de odontología considere que el llanto es una forma de expresión que recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo, en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del odontólogo tratante. Las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante los diversos tipos de pacientes, ya que son igualmente diversas las causas que le provocan miedo al momento de visitar al odontólogo

En cuanto a la propuesta de alternativas novedosas a los estudiantes en para de lograr centrar la atención en el desarrollo de los contenidos de la asignatura clínica del niño los resultados demuestran que un alto porcentaje de los sujetos de estudio manifestó que pocas veces se le ofrecen alternativas novedosas e innovadoras para desarrollar contenidos asociados a la asignatura clínica del niño. Algunos pocos señalo que algunas veces si orientan a los estudiantes hacia el logro de contenidos de la clínica del niño, estos resultados permiten inferir que no se hace énfasis en el desarrollo de competencia por parte del profesorado hacia sus estudiantes quienes tendrán la responsabilidad de ofrecer un servicio en el marco de la salud bucal.

En consecuencias, en el ofrecimiento de alternativas para el desarrollo de contenidos de la asignatura clínica del niño se pondrá especial énfasis en el grado de complementariedad con todas aquellas Asignaturas en las que se trabaje con la atención de pacientes, preparándose para la construcción y ejecución de herramientas fundamentales para abordar el trabajo con el paciente infantil

En relación a la experiencia para una efectiva práctica odontológica, los resultados obtenidos demuestran en el indicador experiencia del odontólogo, se observa como relevante que algunos de los encuestados señaló que reconocen la experiencia como un aspecto importante para una efectiva practica odontológica, pues la experiencia permite manipular con precisión y seguridad al instrumental y además ofrece confianza al paciente fundamentalmente si es de un nivel pediátrico.

En lo que respecta a la orientación de los estudiantes para que aprendan significativamente los contenidos relacionados con la psicología del niño para el aprendizaje significativo , se tiene como dato importante que un alto porcentaje de los encuestados señaló que casi siempre orienta a los estudiantes a que aprendan significativamente los contenidos relacionados con la psicología del niño, es un porcentaje bien significativo para conocer que hay interés por parte del profesorado por el aprendizaje significativo de sus estudiantes en el área odontológica.

Haciendo referencia a la técnica de la observación como herramienta para iniciar un diagnóstico en pacientes pediátricos un alto porcentaje de los sujetos manifestó que casi nunca explican a los estudiantes la importancia que tiene la técnica de observación científica como elemento fundamental para iniciar un diagnóstico en pacientes pediátricos, otros señaló que algunas veces lo hacen, lo que indica que es un porcentaje poco significativo, entendiendo que el proceso de observación científica implica el primer paso y el más importante para los diagnósticos y opiniones de tratamiento odontológicos.

En tal sentido, uno de los aspectos que primeramente se debe centrar la observación es en la conducta de los padres, pues ésta puede ser modificada al explicarle por qué se le pide naturalidad al recibir al niño, si se les invita a verlo a mitad del tratamiento, cuando el niño está tranquilo, podría disminuir su ansiedad, al constatar que el hijo está cómodo y relajado y se hace así menos probable que los padres manifiesten ansiedad y preocupación ante sus hijos cuando reciben atención odontológica.

Cuando se hace referencia a destacar la importancia del manejo de las emociones en el contacto directo con los pacientes pediátricos, los resultados demuestran que un alto porcentaje de los sujetos de estudio señaló que siempre están atentos para destacar la importancia que tiene el control y manejo de las emociones en el contacto directo con los pacientes pediátricos, este resultado permite conocer que hay una actitud favorable por parte del profesorado para formar asertivamente en las prácticas clínicas correctas, fundamentalmente en el manejo de las emociones.

Es importante que el profesional de odontología considere que el llanto es una forma de expresión que recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo, en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del odontólogo tratante.

En cuanto a la descripción de las técnicas eficaces que se utilizar en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica, los resultados permiten observar que los profesores encuestados manifestaron que solo algunas veces realizan prácticas para describir y explicar las técnicas más eficaces a utilizar en el manejo de las emociones del niño que acuden a la consulta odontológica, no obstante en las opciones favorables se contabiliza un porcentaje bien significativo que se ubicó en la escala siempre y casi siempre.

Estos resultados permiten inferir que si hay una actitud positiva de parte del profesorado hacia el desarrollo de la experticia en los odontólogos que se especializan en atención pediátrica. Se hace énfasis en que las actitudes del odontólogo tienen que ser diferentes ante los diversos tipos de pacientes, ya que son igualmente diversas las causas que le provocan miedo a los infantes al momento de visitar al odontólogo

En referencia a la búsqueda de alternativas novedosas para la adquisición de nuevos conocimientos en el abordaje de los pacientes pediátricos en tratamiento, se tiene que algunos de los encuestados manifestó que nunca se propicia o estimula a los estudiantes de odontología a la búsqueda de alternativas novedosas para la adquisición de nuevos conocimiento en el abordaje de los pacientes pediátricos en tratamiento, sin embargo, la otra mitad de los encuestados señaló la opción favorable lo que indica que las posiciones están divididas casi en partes iguales en una variable tan importante como lo es la práctica clínica eficiente en pacientes infantes.

Al tratar el tema del reconocimiento del desarrollo psicológico del niño como aspecto fundamental para su salud integral e interacción social, Un alto porcentaje de los sujetos encuestados manifestó que si reconoce que el desarrollo psicológico del niño es fundamental para su salud integral e interacción social, lo que permite definir que los profesionales de la odontología están claramente relacionados con las teorías

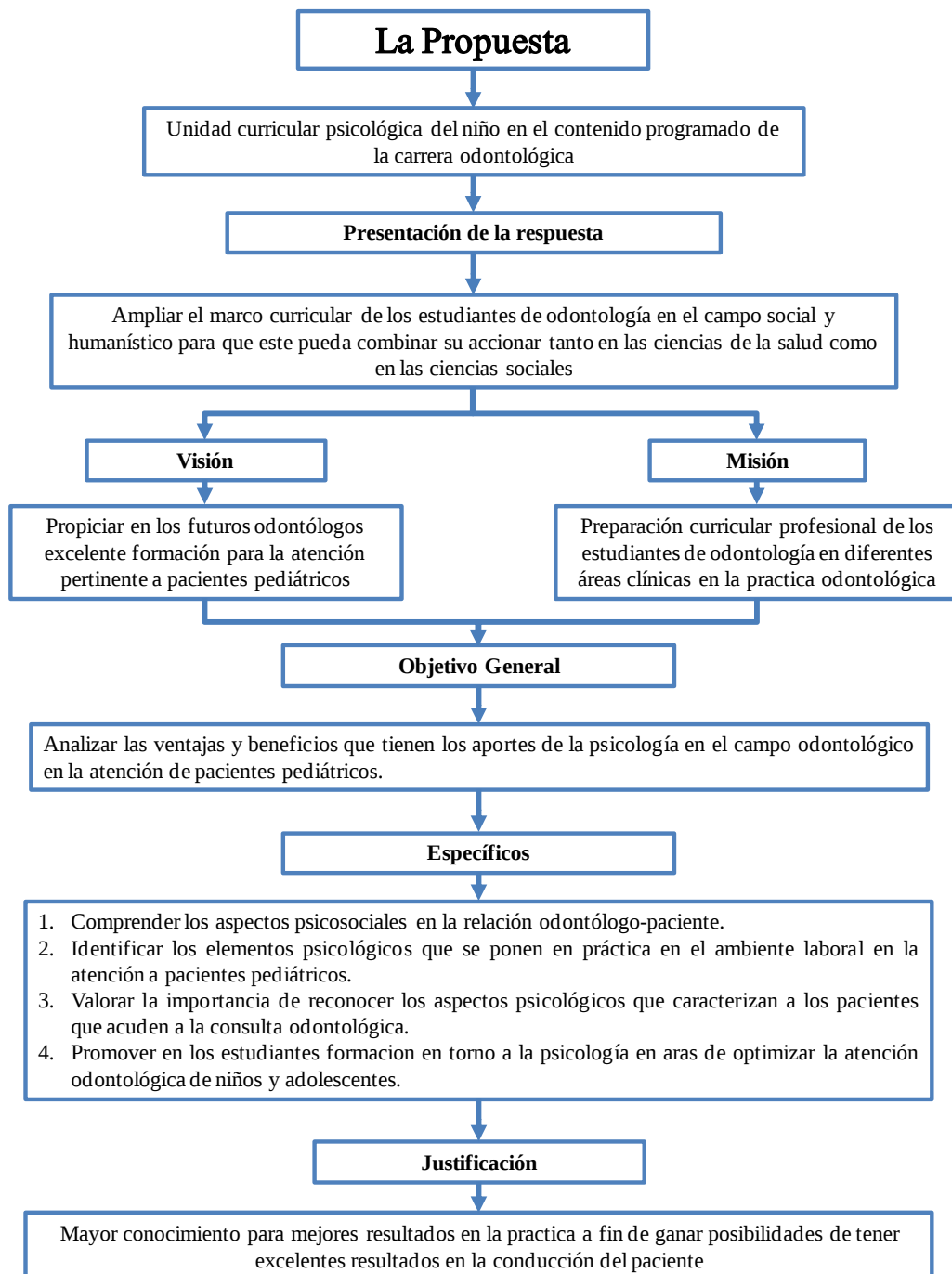
que explican el desarrollo psicológico del niño, en tal sentido es oportuno y necesario el abordaje de la asignatura clínica del niño en la carrera odontológica.

En referencia al dominio de la conducta del paciente pediátrico que recibe atención odontológica, se evidencia que un alto porcentaje de los encuestados señaló que casi nunca están pendiente de orientar a sus estudiantes en el tema del dominio que se debe tener al momento de manejar situaciones de comportamiento conductual que asumen los pacientes pediátricos que acuden a recibir atención odontológica, sin embargo otro grupo restante de los encuestados opinó que si se destaca la importancia del tema de las conductas que asumen los niños cuando acuden al odontólogo.

De allí que estas opiniones y señalamientos de los docentes formadores de odontólogos permiten justificar el propósito de esta investigación como lo es analizar la importancia de la asignatura clínica del niño como parte del pensum de la carrera odontológica de la universidad José Antonio Páez de Valencia del Estado Carabobo para una excelente práctica del odontólogo en la atención a pacientes pediátricos.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA



Presentación de la Propuesta

La propuesta de incluir la asignatura clínica del niño en la carrera de odontología, se presenta por la necesidad de propiciar un rendimiento eficiente en el futuro odontólogo, fundamentalmente desde el punto de vista psicológico en la atención de los pacientes pediátricos, considerando el enfoque epistemológico que intenta ubicar la psicología y la odontología para fundar una tendencia hacia la práctica científica y los efectos que ésta trae consigo en el abordaje del paciente.

En tal sentido la posibilidad de plantear la propuesta en el área de odontología con conceptos provenientes del campo de la psicología en la formación de odontólogos no pretende la anulación o el desconocimiento de las particularidades de cada disciplina, sino un intento de articulación e integración que parte de considerar al hombre como un ser integral.

De allí que, la propuesta se presenta con la intención de ampliar el marco curricular de los estudiantes de odontología, aportando elementos curriculares provenientes del campo social y humanístico para su formación, de manera tal que el estudiante pueda ver la odontología desde una perspectiva de las ciencias sociales.

Dentro de este orden de ideas, la propuesta que aquí se presenta tiene como propósito incorporar contenidos del campo de la psicología en el área de odontología poniendo especial énfasis en los aportes que tiene la psicología en la complementariedad para todas aquellas asignaturas que contempla el estudio de la atención de pacientes.

La propuesta se desarrollará en tres (III) fases a saber: la primera fase estará dirigida al análisis epistemológico de la psicología y su vinculación con la odontología. La segunda fase contemplaría el desarrollo de los contenidos asignados al contenido curricular, psicología del niño, y una tercera fase de carácter práctico que comprende la evaluación del desempeño del futuro odontólogo en el campo laboral.

Visión

La propuesta de inclusión de psicología del niño en la carrera de odontología tiene como visión propiciar en los futuros odontólogos un excelente rendimiento fundamentalmente en la atención a pacientes pediátricos, considerando en primera instancia los fenómenos subjetivos que pueden presentar los pacientes y que hacen de ellos diferentes particularidades que en consecuencia exigen una atención particular en la consulta donde se genera una relación odontólogo-paciente.

Misión

La Misión que se aspira con la presente propuesta está vinculada a la preparación curricular y profesional de los estudiantes de odontología, pues intenta aportar elementos para el abordaje de pacientes pediátricos, básicamente en el aprendizaje de habilidades para decidir el momento adecuado para realizar la interconsulta, así como el manejo de destrezas para establecer las diferentes áreas clínicas en la práctica odontológica con pacientes pediátricos.

Objetivos de la propuesta

Objetivo General

Analizar las ventajas y beneficios que tienen los aportes de la psicología en el campo odontológico en la atención de pacientes pediátricos.

Objetivos Específicos

1. Comprender los aspectos psicosociales en la relación odontólogo-paciente.
2. Identificar los elementos psicológicos que se ponen en práctica en el ambiente laboral en la atención a pacientes pediátricos.

3. Valorar la importancia de reconocer los aspectos psicológicos que caracterizan a los pacientes que acuden a la consulta odontológica.
4. Promover en los estudiantes formación en torno a la psicología en aras de optimizar la atención odontológica de niños y adolescentes.

Programa para Aplicación de la Propuesta

Asignatura: ODONTOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Código: ONA 04 0 02

Carácter: Obligatorio

Semestre: 4º

Unidades de Crédito: 2

Prelación: IMA 03 3 04: Horas Semanales: T: 2 P: 1 L: 0 Horas Semestrales: 48

Objetivo General

Al finalizar el curso de estudiante debe ser capaz de: Entender y manejar con ética y precisión la conducta del niño en la consulta. Diagnosticar, planificar y realizar las terapias indicadas de patologías de la cavidad oral en niños y del adolescente. Conocer la farmacodinamia en niños y adolescente. Reconocer y manejar las emergencias médicas. Abordaje, diagnóstico, tratamiento o referencia de niños y adolescentes físicos o mentales discapacitados.

Sinopsis del Contenido

UNIDAD I: Crecimiento somático y dentofacial, Diferenciar la importancia clínica del crecimiento somático y dentofacial, así como la secuencia y tratamiento en el desarrollo dental.

UNIDAD II: Conducta y manejo del niño y adolescente, reconocer el patrón de comportamiento del niño en la consulta odontológica a fin de manejar los cambios de conducta para poder realizar los tratamientos.

UNIDAD III: Examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento, identificar la importancia de la historia médica y el examen clínico, pronóstico y el plan de tratamiento en pacientes niños y adolescentes.

UNIDAD IV: Prevención en niños y adolescentes, interpretar los principios y fundamentos y prevención en la salud bucal en niños y adolescentes a fin de tratar adecuadamente al paciente afectado.

UNIDAD V: Manejo del dolor en el paciente niño y adolescente, concepto de dolor, umbral del dolor, factores, revisión anatómica, anestesia local en niños, técnicas anestésicas, indicaciones y contraindicaciones.

UNIDAD VI: Terapia restauradora, indicaciones y contraindicaciones, operatoria dental, características, tallado de muñones, tratamientos protésicos en niños y adolescentes.

UNIDAD VII: Terapia periodontal, identificación de las condiciones de salud o enfermedad de los tejidos blandos y estructuras de soporte, descripción de las intervenciones terapéuticas.

UNIDAD VIII: Terapia pulpar para niños y adolescentes, descripción y demostración de las técnicas y medicación usada en terapia pulpar en niños y adolescentes, indicaciones y contraindicaciones de la pulpectomía.

UNIDAD IX: Tratamiento de trauma dental, epidemiología, prevención y clasificación de trauma dental, indicaciones, contraindicaciones y tratamiento de fracturas.

UNIDAD X: Patología en niños y adolescentes, descripción de las diferentes lesiones patológicas presentes en niños y adolescentes, neoplasias.

UNIDAD XI: Cirugía bucal en niños y adolescentes, identificar clínica y radiográficamente los casos indicada en las cirugías menor en niños.

UNIDAD XII: Manejo del paciente adolescente, factores que influyen en el comportamiento del adolescente, reacciones emocionales, técnica de descensibilización y modelamiento como medio de adaptación en el paciente adolescente.

UNIDAD XII: Abordaje, diagnóstico tratamiento del paciente discapacitado, descripción, manifestaciones clínicas, tratamiento de: retardo mental, parálisis cerebral, alteraciones renales, alteraciones neurológicas, asma y alergias, hepatitis, HIV.

Fases de la Propuesta

Fase I: Análisis Epistemológico y Metodológico del tema la psicología y la vinculación con el campo de la odontología.

Fase II: Desarrollo de Contenidos relacionados con la Unidad Curricular Psicología del Niño en la carrera de odontología, siguiendo la administración del programa propuesto.

Fase III: Evaluación y valoración de las prácticas odontológicas. Organización y planificación de las actividades practicas y seguimiento y control a los estudiantes bajo el esquema tutorial.

Justificación de la Propuesta

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

Una de las áreas que proveen mayor recompensa en odontología es la conducción exitosa de un niño, ya que la primera experiencia de estos deja a menudo una impresión indeleble. El momento más adecuado para elaborar una imagen adeudada de la odontología, es la infancia, cuando es posible reducir los sentimientos negativos e incluso hostiles hacia el odontólogo, formando así una base para futuras interacciones positivas.

Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del odontólogo es necesario vencer las barreras psicológicas que existe entre él y su paciente. El paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba. De esta manera hay dificultades para la efectiva comunicación, proceso no muy bien comprendido inicialmente por los odontólogos que tratan niños, los cuales recomiendan técnicas que, a modo de recetas, buscan la producción de mejoramientos en el comportamiento de sus pacientes, variando de actitudes permisivas a rígidas y disciplinarias.

Estudio de Factibilidad

El estudio de factibilidad se realizó desde un punto de vista de factibilidad operativa, la cual tiene que ver con la disponibilidad de los recursos humanos requeridos para llevar a cabo el proyecto. En este sentido, ya se cuenta con un grupo de profesionales expertos en la administración de programas curriculares que harán posible la factibilidad técnica con su disponibilidad para ofrecer sus conocimientos y habilidades en el manejo de métodos, procedimientos y funciones requeridas para el desarrollo y ejecución del proyecto.

Desde el punto de vista de la factibilidad económica esta tiene que ver con la disposición del capital en efectivo o del financiamiento necesario para invertir en el desarrollo del proyecto. Para la ejecución de esta propuesta solo se requiere gasto en material de papelería que será cubierto por la universidad beneficiada con la propuesta. Igualmente se hizo un análisis de la factibilidad institucional la cual determinó que existe una estructura funcional y/o divisional que apoya el desarrollo del presente proyecto.

Mecanismo de Evaluación de la Propuesta

A través de seguimiento y control a los estudiantes bajo el esquema tutorial en la organización y planificación de las actividades prácticas.

REFERENCIAS

- Allen, K.; Hodges, E.; Knudsen, S. (1995) Comparin four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. *Pediatry Dentistry*, 17 (3): 180-185.
- Alvarez I, Muñoz N, Cárdenas J. (1998) Evaluación de la eficacia de la técnica de distracción contingente en pacientes entre 4 y 6 años de edad. *Revista CES Odontología*. 11 (2): 13-20.
- American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical guidelines. (2005-2006) Guideline on Informed Consent. Referente Manual; 182-183.
- Arias, F. (2004). *El Proyecto de Investigación* (4° ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. (5° ed.). Caracas, Venezuela: BL Consultores Asociados Servicio Editorial.
- Bavaresco, A. (2006). *Proceso Metodológico en la Investigación (Cómo hacer un Diseño de Investigación)*. (3° ed.). Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia.
- Cárdenas D. (1996) Conducta y Manejo del Paciente Niño. En: *Fundamentos de Odontología: Odontología Pediátrica*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 22-30.
- Cárdenas J. (1997) Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. *Rev. Academia Colombiana Odontología Pediátrica*. 1:30-34.
- Daza R, Cárdenas J, Jaramillo A. (2002) Estudio del Temperamento y su relación con el comportamiento en pacientes entre 3 y 7 años de edad sometidos a tratamiento odontológico restaurador con el uso de anestesia local. *Revista de la Academia Colombiana de Odontología Pediátrica*. 4(1): 44-522.
- Facultad de Odontología. (2010). *Nuevas tendencias en materia curricular*. Universidad de Carabobo.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta. Edición McGraw-Hill. México..

Hurtado de B., J. (1998) *Metodología de la investigación holística*. Fundación Venezuela: Sypal.

Juliet González Sánchez 2012 Inclusión de un Programa de Contenidos Procesales de la Lopnna en el Pensum de Estudio en la Carrera de Derecho de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad de Carabobo

Medina, J. (2005) Adaptación del Niño a la Consulta Odontológica, Trabajo de Grado de Maestría de la Universidad de los Andes.

Palella, S. y Martins, F. (2009). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Sabino, C. (2006). *El Proceso de Investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo de Venezuela.

Soto, R. y Reyes, D. (2005) Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica, Trabajo de Grado de Maestría de la Universidad Central de Venezuela.

Tamayo Tamayo M. (2003) *El proceso de la investigación científica*. Limusa, Noriega Editores. México.

Tamayo y Tamayo, M. (2006). *El Proceso de la Investigación Científica*. (4° ed.). México: Limusa.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado (2010). *Manual de Trabajo de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*.

ANEXOS

OBJETIVO GENERAL: Proponer la Inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la Carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, Estado Carabobo					
OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM
Diagnosticar la necesidad de la Inclusión de la Unidad Curricular Psicología del Niño al contenido programático del IV Semestre de la Carrera Odontología de la Universidad José Antonio Páez	Unidad curricular Psicología del Niño	Conocimiento y dominio de técnicas por parte del odontólogo para conocer como funciona la psique del niño que recibe tratamiento odontológico.	Desarrollo de competencias	– Comunicación – Conocimiento en la materia. – Manipulación del instrumental – Atención – Experiencia – Actitud – Aprendizaje significativo	1 2 3 4 5 6 7
	Práctica clínica eficiente en pacientes infantiles	Desempeño profesional del individuo en el campo laboral con pertinencia y competencia para la atención específica en los pacientes pediátricos.	Tratamiento pediátrico	– Observación – Manejo de emociones – Técnicas – Abordaje – Dominio – Psique	8 9 10 11 12 13

ANEXO “B”

Estimado Docente:

El presente instrumento tiene como finalidad recabar información que servirá de insumo, para la investigación titulada: *Inclusión de la Unidad Curricular Psicología Del Niño En el Contenido Programático de la Asignatura Clínica del Niño y del Adolescente Para Una Práctica Clínica Eficiente en los Pacientes Pediátricos.*

La información tiene carácter estrictamente confidencial, representa el insumo para la realización de un trabajo de grado de especialización y será examinado por los responsables de la investigación.

Gracias por su Colaboración.

INSTRUCCIONES GENERALES

- *Lea cuidadosamente las proporciones que le presentan antes de responder.*
- *Es conveniente que responda todos los ítems.*
- *Cualquier duda debe aclararla con el entrevistador.*
- *El cuestionario es estrictamente individual.*
- *La información que usted proporcione se manejará en estricta confiabilidad, solo será utilizada para el trabajo de grado.*

<i>Siempre</i>	<i>(S)</i>	<i>5</i>
<i>Casi Siempre</i>	<i>(CS)</i>	<i>4</i>
<i>Algunas Veces</i>	<i>(AV)</i>	<i>3</i>
<i>Casi Nunca</i>	<i>(CN)</i>	<i>2</i>
<i>Nunca</i>	<i>(N)</i>	<i>1</i>

Gracias, por su colaboración.

		ESCALA				
		S	CS	AV	CN	N
ÍTEM		5	4	3	2	1
1	Realiza prácticas de manipulación de instrumentales con los estudiantes para una efectiva praxis odontológica.					
2	Mantiene una comunicación efectiva con los estudiantes como herramienta que permite el manejo del grupo enfatizando en el aprendizaje significativo.					
3	Instruye a los estudiantes a desarrollar contenidos relacionados con la psicología del niño para la correcta aplicación del conocimiento en la práctica.					
4	Reconoce que la actitud de disposición que refleja el odontólogo ofrece seguridad al paciente pediátrico.					
5	Ofrece alternativas novedosas a los estudiantes en aras de lograr centrar la atención en el desarrollo de los contenidos de la asignatura clínica del niño.					
6	Destaca la importancia de la experiencia para una efectiva práctica odontológica.					
7	Orienta a los estudiantes a que aprendan significativamente los contenidos relacionados con la psicología del niño.					
8	Explica a los estudiantes la técnica de la observación como herramienta para iniciar un diagnóstico en pacientes pediátricos.					
9	Destaca la importancia del manejo de las emociones en el contacto directo con los pacientes pediátricos.					
10	Describe las técnicas eficaces que se utilizar en el manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica.					
11	Propicia entre los estudiantes la búsqueda de alternativas novedosas para la adquisición de nuevos conocimientos en el abordaje de los pacientes pediátricos en tratamiento.					
12	Reconoce que el desarrollo psicológico del niño es fundamental para su salud integral e interacción social.					
13	Destaca la importancia que requiere el dominio de la conducta del paciente pediátrico que recibe atención odontológica.					