



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MAESTRÍA EN ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
ODONTOPEDIATRÍA

MANEJO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DEL PACIENTE
PEDIÁTRICO CON COMPORTAMIENTO ERRÁTICO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.
2010.

Dra. Mayuli Y. Arjona de Russo

CASO CLÍNICO PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRÍA EN ODONTOPEDIATRÍA

Página de Aprobación

Aprobado por: _____

**Coordinador de Maestría
Especialidades Odontológicas**

Aprobado por: _____

**Directora/Coordinadora de Investigación y Posgrado
Facultad de Odontología**

Aprobado por: _____

Jurado

Aprobado por: _____

Jurado

Aprobado por: _____

Jurado

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todos los niños y niñas que acuden a la consulta odontológica, porque ellos se merecen ser atendidos con amor, paciencia, dedicación y profesionalismo, en función de sus características individuales y los derechos que tiene por ser el futuro de nuestra humanidad.

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme salud, sabiduría, entendimiento, alegrías y momentos para aprender, corregir mis errores y crecer mientras lo hago.

A mi familia, por estar siempre conmigo, por ser la base sobre la cual se levantan mis sueños y ser el pilar sobre el cual me apoyo en los momentos difíciles.

A mis pacientes por ser tan especiales, porque con sus risas y llantos me enseñan que la vida es el tesoro más grande que tenemos y que no hay mayor satisfacción que dar a los demás lo mejor de nosotros mismos.

A mis colegas y amigos por permitirme compartir con ustedes día a día nuestras experiencias personales y profesionales.

INDICE GENERAL

	Págs.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO	
1.1. Antecedentes del Problema	1
1.2. Planteamiento del problema	3
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Especificos	8
1.5. Alcance	8
1.6. Limitaciones	9
1.7. Proyecciones	9
CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL	
2.1. Conceptualización de la Conducta Humana	11
2.1. La Maduración Psicológica y las Etapas del Desarrollo Humano.....	13
2.3. Tipos de comportamiento en los niños	17
2.3.1. Agresivo	17
2.3.2. Sumiso-negligente	18
2.3.3. Seguro de sí mismo	18
2.3.4. Miedoso	18
2.3.5. Desafiante	18

2.3.6. Cooperador tenso	19
2.3.7. Lloroso	19
2.4. Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención	
Odontológica	20
2.4.1. Ambiente Odontológico	21
2.4.2. El Odontólogo	21
2.4.3. Personal auxiliar	22
2.4.4. Padres	22
2.4.4.1. Sobreafecto	23
2.4.4.2. Sobreprotección	23
2.4.4.3. Sobrindulgencia	24
2.4.4.4. Sobreansiedad	24
2.4.4.5. Sobreautoridad	25
2.4.4.6. Falta de afecto	26
2.4.4.7. Rechazo	26
2.4.5. La escuela	27
2.4.6. Antecedentes médico-dentales	28
2.5. Comportamiento de los niños en el consultorio dental	28
2.5.1. Objetivos del manejo de comportamiento	29
2.6. Evaluación del paciente pediátrico en Odontología.....	30
2.6. 1. Recopilación de información personal, social histórica	31
2.6.2. Análisis de la información obtenida	32
2.6.3. Prueba	32
2.7. Técnicas para el manejo conductual del paciente pediátrico	33
2.7.1. Técnicas para implantar conductas	33

2.7.1.1. Moldeamiento	33
2.7.1.2. Modelamiento	34
2.7.1.3. Instigación	35
2.7.1.4. Instrucciones verbales	37
2.7.1.5. Sugerencias	37
2.7.1.6. Decir, Mostrar y hacer	38
2.7.2. Técnicas para mantener o incrementar conductas	40
2.7.2.1. Reforzamiento	40
2.7.2.1.1. Positivo.....	41
2.7.2.1.2. Negativo	41
2.7.2.1.3. Descriptivo	41
2.7.2.1.4. Intermitente	42
2.7.2.2. Contratos de Contingencia	42
2.7.2.3. Economía de fichas	43
2.7.3. Técnicas para reducir conductas	44
2.7.3.1. Extinción	44
2.7.3.2. Saciedad	45
2.7.3.3. Mano sobre la boca	46
2.7.3.4. Inmovilización	48
2.7.3.5. Castigo	50
2.7.3.5.1. Castigo físico (aversivo)	51
2.7.3.5.2. Las Reprimendas	52
2.7.3.5.3. El Tiempo fuera	52
2.7.3.6. Reforzamiento de conductas incompatibles	53

CAPÍTULO 3: DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1. Evaluación General	57
3.1.1. Anamnesis	57
3.1.2. Antecedentes Médicos	58
3.1.3. Antecedentes Odontológicos	58
3.2. Examen Clínico Extraoral	59
3.3. Examen Clínico Intraoral	60
3.4. Análisis de los Modelos	62
3.5. Análisis radiográficos	62
3.6. Control de Higiene Bucal	64
3.7. Control de dieta	65
3.8. Diagnóstico	66
3.9. Pronóstico	66
3.10. Plan de Tratamiento	66
3.11. Programa de Ejecución	67
3.12. Resultados	68

Conclusiones

Recomendaciones

Glosario

Bibliografía

Anexo. Gráficas de las Técnicas aplicadas para la Modificación Conductual

INTRODUCCIÓN

El desenvolvimiento del niño desde el punto de vista psicológico, ofrece antecedentes básicos para analizar su comportamiento y evaluar el nivel alcanzado en el momento en que el odontólogo lo observa por primera vez. Esta observación y el subsecuente estudio de estas características, son actividades importantes para manejo integral del paciente en odontología.

La interpretación exacta de las conductas evidenciadas por el paciente, asegura el resultado favorable en el manejo del niño y permite adecuar las técnicas para cada paciente. Además, permite reforzar aquellas conductas favorables que facilitan su adaptación al tratamiento, sus motivaciones y habilidades para el auto cuidado bucodental.

El éxito en el tratamiento de los pacientes pediátricos está relacionado directamente con el conocimiento, que tenga el odontólogo acerca del desarrollo del comportamiento del paciente, sus características psicológicas y necesidades particulares.

Estas áreas incluyen: la predicción de la conducta en situación clínica, el manejo adecuado de trastornos conductuales y, en el caso de

menores que han sido manejados inadecuadamente con anterioridad, mejor habilidad para explicar, racionalizar y modificar las circunstancias que motivaron los trastornos.

Es importante comprender que a pesar de la existencia de conceptos básicos de crecimiento y desarrollo, que explican las similitudes en el proceso de maduración, hay diferencias individuales notables, producto de los diferentes resultados de la interacción de cada individuo con su entorno externo, interno y social.

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

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 adecuada de la odontología, es la infancia, cuando es posible reducir los sentimientos negativos e incluso hostiles hacia la odontología y todo lo que esta profesión implica, formando así una base para futuras interacciones positivas.

Cabe destacar que en esta edad los niños tienen una autonomía muy limitada y la unión formada entre ellos y sus padres es muy estrecha, sus contacto con personas ajenas a su familia son escasos y el desarrollo de su lenguaje no es adecuado como para comprender situaciones no domésticas. Por otra parte, tienen temor a personas desconocidas o a ser separados de sus familiares. Es muy comprensible entonces que expresen resistencias y llanto ante el intento del odontólogo a examinarlos y que no respondan a solicitudes verbales, tranquilizadoras o no. Ante esta situación existen técnicas de manejo y abordaje conductual que el odontólogo debe aplicar para lograr la aceptación de los pacientes. Esto evita asumir conductas restrictivas o expresar frustración, al reconocer anticipadamente las limitaciones

Para ilustrar este punto se presenta el caso de una niña de tres años de edad, con sepsis dental severa, que rechazaba ser atendida en odontología debido a que a los dos (2) años de edad fue mordida en la cara por un perro y tuvo que ser intervenida quirúrgicamente. Esta experiencia fue muy desagradable para ella, causándole temores y ansiedades de tipo objetivo, que daban como resultando un

comportamiento errático que complicaba su manejo en el consultorio odontológico.

Esta experiencia, pretende confirmar los resultados que se pueden obtener a través de la aplicación de las técnicas de manejo conductual no farmacológico en un paciente pediátrico a quien se le elabore un buen diagnóstico y un plan de tratamiento personalizado conforme sus características individuales.

Capítulo 1

ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO

CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO

1.1. Antecedentes del Problema

La emoción ha sido definida como cualquier agitación y trastorno de la mente, sentimiento, pasión o cualquier estado mental vehemente o excitado; los pacientes que acuden a consulta odontológica no escapan de este concepto, en especial los niños que son extremadamente susceptibles a situaciones y emociones que se reflejan durante el tratamiento odontológico. 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

Los tratamientos odontológicos están fuertemente ligados al tipo de ansiedad y a las emociones que los niños presentan al acudir al consultorio dental. Muchas veces estas emociones y los diferentes tipos de ansiedad que presentan, son transmitidas de la madre a los hijos debido a que los niños menores de 5 años son más dependientes de sus progenitoras.

Este tema ha sido ampliamente documentado en la literatura con la finalidad de que el odontólogo aprenda a manejar la relación odontólogo/familiares/hijo desde que éste último es muy pequeño para

poder así ir familiarizándolo a futuros tratamientos odontológicos ayudándole de esta manera a perder el miedo.

Estudios como el de Cadavid P. & Giaimo C. (1999) evaluaron el comportamiento de niños de difícil manejo utilizando la técnica de modelado con vídeo. A través de este estudio se determinó que el comportamiento no cooperativo de pacientes jóvenes puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad, ya que además de requerir más tiempo de atención se corre el riesgo de producir daño físico y/o psicológico. Por lo tanto, la utilización de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento seguro de alta calidad es importante. Cualquier técnica utilizada se debe aplicar bajo parámetros establecidos, de acuerdo a la edad del paciente, tipo de tratamiento, estado mental y /o físico y un conocimiento claro del estado evolutivo del niño de acuerdo a su edad. Con esta investigación se concluyó que la técnica puede ser efectiva cuando es utilizada en niños de 4 a 6 años con comportamientos levemente negativos, logrando éxito en el mejoramiento del comportamiento disruptivo.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento es una interacción continua entre el niño y el odontólogo, dirigida hacia la comunicación y educación, con el fin de

calmar la ansiedad y el miedo y así lograr una buena salud oral que favorezca el entendimiento del proceso mediante el cual se logra ésta.

Hasta el momento, se han reportado una gran variedad de técnicas para el manejo del comportamiento del niño, las cuales se clasifican en dos (2) grupos: Técnicas no farmacológicas y farmacológicas. Recientemente se han evaluado otras alternativas debido a las limitaciones de las técnicas tradicionales de comportamiento.

1.2. Planteamiento del problema

¿Cómo influye la aplicación de técnicas de modificación conductual de tipo no farmacológicas, en la realización de procedimientos odontológicos integrales en una paciente de tres años de edad con comportamiento errático en el consultorio odontológico?

Este planteamiento surge debido a que abordar las emociones en los niños como tema de investigación conlleva un acercamiento más directo, donde es primordial conocer que su desarrollo personal e intelectual en conjunto permiten mantener unificado su estructura y formación en los espacios en que se desenvuelve continuamente. Además, la aplicación de técnicas de manejo conductual en pacientes pediátricos, conlleva una serie de indicaciones y contraindicaciones

que se deben considerar en cada caso con la intención respetar la integridad y la seguridad del paciente.

La una paciente presentaba sepsis dental severa, temor y ansiedad hacia la odontología y todo lo que ésta implica, por lo cual se hizo necesario desde esta perspectiva realizar un acercamiento al conocimiento de los factores que influyeron en su comportamiento errático, y su condición estomatológica.

Los antecedentes de rechazo al odontólogo era causados por miedos subjetivos y objetivos que era necesario modificar. Además la cultura odontológica de los familiares, evidenciaba ignorancia en aspectos de tipo preventivo lo cual se convertía en el factor determinante de la salud de la paciente.

El papel que desempeñan las emociones de la niña, se convirtieron en el elemento fundamental de interacción que imposibilitaba su atención odontológica integral en los diferentes contextos y situaciones dentro del consultorio odontológico. La identificación, de las mismas es la herramienta más eficaz para abordar la situación de la forma más asertiva, así como para tener mayores y mejores relaciones interpersonales, permitirle desarrollar su autoestima, aceptación y variar las formas de trabajar con ella a futuro.

1.3. Justificación

Todo tratamiento odontológico genera ansiedad, por lo cual el profesional debe estar preparado para entender y ayudar a manejar los temores de sus pacientes en relación con el tratamiento, con la finalidad de ofrecerle atención odontológica integral considerando su seguridad y bienestar.

Cada paciente niño es diferente a los otros, los efectos de las molestias y pequeños dolores que el odontólogo inevitablemente provoca, son muy exagerados por ellos los cuales además, no están preparados para tolerarlos. Esto entre otros aspectos más complejos, hace que los pacientes pediátricos no siempre sean cooperadores en el consultorio, complicando de esta forma su atención odontológica.

El control de la ansiedad por medio de técnicas reductoras se ha probado en diferentes edades, estimándose que éstas deben aplicarse sobre todo en los periodos preparatorios de cada sesión de tratamiento.

Los procedimientos odontológicos por sencillos que parezcan se pueden complicar por no tener en cuenta ciertos factores que desencadenan ansiedades y temores en los niños, los cuales de un momento a otro pueden exhibir comportamientos erráticos de tal magnitud que afecten toda la programación existente.

El tema del temor y la ansiedad es importante en pacientes adultos y niños. Pero en estos últimos el odontólogo, junto a otros adultos, además de la familia, pediatras, educadores, etc., juega un papel crucial en la capacidad del niño para manejar su ansiedad y controlar el miedo en el mundo exterior.

El propósito de este trabajo es presentar al odontólogo un enfoque que le permitirá visualizar desde otro punto de vista y desde su cotidianidad, lo que sienten y piensan los niños acerca del mundo y del ambiente odontológico con todo lo que esto implica, de forma tal que pueda adaptar las técnicas de manejo conductual en el consultorio odontológico según las necesidades de cada paciente.

El ejercicio de la Odontopediatría es una tarea difícil para un odontólogo general u odontopediatra, porque no puede, ni debe limitarse solo a la prevención y solución de los problemas bucodentales. Lleva implícito también el desempeño de un papel importante en los sectores psicológico y educacional, donde la relación humana odontólogo-niño-padres es fundamental para el éxito del tratamiento estomatológico frente a las diversas situaciones.

Este trabajo permitirá destacar la importancia de la aplicación de los conocimientos de psicología para una mejor integración de esta

relación, pues permite un diagnóstico global que envuelve síntomas somáticos y psicológicos que necesitan estar correlacionados.

El censo poblacional del año 2005 reveló que en Panamá existen 342,945 niños entre 0 – 4 años de edad. Estos niños requieren atención odontológica, en sus distintos niveles, por tanto se hace necesario que los profesionales estén capacitados en una forma integral para atenderlos en todas sus dimensiones, no sólo en la biológica, sino también en psicológica y social.

Por tal razón, el beneficio será extensivo a estos pacientes dado que la aplicación de estas técnicas de manejo les ofrecerá la posibilidad de mirar su realidad desde otras perspectivas y generar procesos y alternativas para una mejor convivencia y resolución de problemáticas, individuales y comunitarias, a corto, mediano y largo plazo, como también que estos niños se sientan más seguros y confiados de sus posibilidades y capacidades para desarrollarse como un ser humano íntegro y productivo.

Se espera que la documentación del caso clínico y la revisión bibliográfica serán aporte a la docencia y a la investigación en base a sus esquemas y características específicas dado que a nivel nacional no existen reportes ni investigaciones enmarcados en esta temática.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Documentar el manejo odontológico integral de paciente pediátrica con comportamiento errático por medio de técnicas no farmacológicas .

1.4.2. Objetivos específicos

- 1.4.2.1. Establecer el Diagnóstico y Plan de Tratamiento de la paciente.
- 1.4.2.2. Determinar cuáles fueron las situaciones emocionales especiales que más influyeron en el comportamiento errático frente al tratamiento odontológico.
- 1.4.2.3. Explicar en qué consistió la aplicación de técnicas de manejo conductual no farmacológicas para lograr la atención odontológica integral.
- 1.4.2.4. Explicar los resultados de los tratamientos odontológicos realizados en el caso clínico.

1.5. Alcance

El presente trabajo comprenderá la documentación de un caso clínico de una paciente femenina de tres años de edad, la cual desde su

primera cita mostró características muy particulares a nivel bucodental y comportamiento errático en el consultorio odontológico.

Para tal fin se espera recopilar toda la información correspondiente a su historia médico dental, antecedentes, aspectos conductuales, diagnóstico, plan de tratamiento, programa de ejecución y resultados obtenidos. Se tendrá en cuenta todos los aspectos inherentes al manejo del comportamiento y la parte de los procedimientos odontológicos que dieron como resultado el estado de salud actual de la paciente.

1.6. Limitaciones

Las limitaciones de este trabajo se darán en función del compromiso de los padres de la paciente en acudir a las sesiones programadas y de que cumplan con las asignaciones pertinentes para la modificación conductual de la paciente.

1.7. Proyecciones

Las proyecciones de este trabajo consisten en presentar los resultados de la aplicación de técnicas no farmacológicas en el manejo integral del paciente pediátrico con comportamiento errático en Odontopediatría, considerando las características individuales de cada paciente y la programación que se debe tener en función del diagnóstico establecido desde el inicio de la atención odontológica.

Esto se hará con la finalidad de plantear las debidas recomendaciones para la utilización efectiva de las herramientas que son necesarias para el manejo adecuado del paciente pediátrico en situaciones de conductas que compliquen su atención integral en el consultorio dental.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Conceptualización de la conducta Humana

Se asume la conceptualización de la conducta humana "como un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable" Maier, H. (1993.) La teoría presentada por Erik Erikson en 1950 y la clasificación de M. Massler y Arnold Gessell. La teoría de Erikson, cubre todo el proceso de desarrollo de los seres humanos, trabaja el concepto freudiano del yo considerando su influencia en el desarrollo de la personalidad, pero subraya la importancia de las fuerzas sociales en su modelado y los cambios sustanciales que se producen en el proceso de maduración del niño y el adolescente. En la explicación, Erikson define ocho etapas en el desarrollo de la vida "cada una en función de la resolución con éxito de una crisis o giro decisivo. Cada crisis necesita ser resuelta en un particular momento del desarrollo y su objetivo es el equilibrio entre dos alternativas. Papalia, D. E. & Olds, S.W. (1990).

Según Freud: "la zona oral mantiene un papel dominante en la organización de la psiqué aproximadamente durante los diez y ocho primeros meses de vida. Los impulsos orales tienen dos componentes separados: libidinales y agresivos. Los estados de tensión oral tienden a una búsqueda de gratificación oral, constituida por el reposo subsiguiente a la lactación. La

tríada oral consiste en el deseo de comer, de dormir y de alcanzar la relajación que sobreviene tras la succión, antes del comienzo del sueño. La agresión oral puede expresarse en mordiscos, masticaciones, salivaciones o llanto. La agresión oral está relacionada con deseos y fantasías primitivas de morder, devorar o destruir". Freedman, (1982) pág 581.

M: Massler y Arnold Gessell, sustentados en la teoría de Erikson, señalan que a medida que el niño crece, ocurren cambios en sus estructuras y que cada etapa está caracterizada por un patrón de conducta diferente. Massler, asigna significativa importancia al medio ambiente familiar e indica que: "buena parte de la conducta del niño está condicionada por su relación con la madre, vínculo que deberá ser estudiado, si se desea realmente entender a los niños. Detrás de la falta de cooperación en un infante, puede encontrarse un padre punitivo, una madre excesivamente protectora o una vida insegura en el hogar; lo que determina su patrón de conducta en la adultez y puede condicionar su comportamiento en el sillón dental".
Massler, M., (1974)

Massler elaboró un esquema de conductas que pueden ser observadas en los niños antes y durante la consulta odontológica, las cuales son concomitantes con su desarrollo físico, mental y emocional. En la infancia (nacimiento a los dos años) el ambiente odontológico es extraño y

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

2.2. La Maduración Psicológica y las Etapas del Desarrollo Humano.

Por maduración se entiende, el desarrollo de un organismo en función del tiempo o edad, así, nadie aprende y/o ejecuta alguna cosa sin que esté preparado para eso.

Ejemplo:

Un niño de un año de edad no tiene la madurez ni la capacidad para ser motivado a recibir un tratamiento odontológico convencional y, mucho menos, la madurez para permanecer sentado en una silla odontológica. Proceso que tendrá que aprender aun en edades tempranas, mediante técnicas propias para niños pequeños que irán cambiando con forme el niño va creciendo y madurando en el conocimiento de las cosas y de las situaciones que le han tocado vivir. De tal manera que el manejo del paciente infantil es muy personal para cada caso en particular sin hacer a un lado las técnicas ya establecidas según la edad y el carácter del paciente.

La función de aprendizaje es el proceso por el cual una actividad es originada o alterada a través de entrenamiento. Se concluye que una función de maduración es esencial para la función de aprendizaje, siendo importante destacar, que la motivación también lo es.

Ejemplo:

Un premio, una recompensa como refuerzo del aprendizaje. El seguimiento de la atención permite al niño aprender a reconocer a su odontólogo.

En cuanto al desarrollo Psicológico del niño pasa por tres estadios del desarrollo:

- Preescolar que abarca del nacimiento hasta los 3 años de edad.
- Escolar que abarca de los 4 años a los 12 años de edad.
- Adolescente que abarca de los 12 a los 15 años de edad

En la etapa preescolar el niño presenta un mecanismo emocional pobre, no hay actividad del lóbulo frontal del cerebro y él se encuentra en fase oral de desarrollo, donde la succión de las estructuras orales son fundamentales para su relación con el mundo. Su comportamiento es motivado en sentido de supervivencia y la satisfacción de sus necesidades primarias tales como: hambre, sed, enojo, etc. Y este comportamiento es instintivo. Tanto la consciencia como la inteligencia están ausentes en las primeras etapas de este estadio. El temperamento se inicia alrededor del primer año y es un temperamento muy sensitivo, que se manifiesta casi siempre por accesos de ira, a través del cual el niño manifiesta sus gustos y preferencias. Es en este estadio que se inicia la Odontología para bebés. En esta fase, un niño presenta algunas alteraciones psicológicas que, se relacionan con las actitudes de las madres.

En la etapa escolar aunque todavía existe un predominio del instinto, el niño también es bastante curioso y fácilmente sugestionable. Estas condiciones deben ser aprovechadas para conseguir una adaptación o una motivación de un niño en dirección a un tratamiento dental.

El temperamento es bastante pronunciado y la aparición de inteligencia y de la conciencia ya es muy evidente. Generalmente la inteligencia precede la conciencia.

Ejemplo:

Un niño aprende a encender un fósforo antes de tener conciencia del peligro que representa, y ésta sólo vendrá con el tiempo o con la experiencia desagradable de quemarse los dedos.

A los tres años es la edad conocida como de "yo también", y la edad de la imitación. Tiene maduración social más amplia, permitiendo una relación interpersonal más larga.

A los cuatro años es la edad conocida la edad de la curiosidad, “el cómo y del por qué”, época donde el niño comienza a despertar para la vida. De los cinco a los seis años caracterizada por el inicio de la convivencia con extraños. Una profesora pasa a ser la persona de mayor ascendencia sobre el niño.

Los niños en su desarrollo emocional, están sujetos a una serie de influencias que actúan directamente sobre sus patrones de conducta. Las siguientes influencias, pueden alterar el comportamiento de los niños en el consultorio: el hogar, la escuela y el estado físico del niño.

Ciertas actitudes de los padres como sería la sobreprotección con dominación limitan completamente la libertad del niño. Limita su convivencia con otros niños, manteniendo contacto excesivo con ellos y además de eso, hablan, actúan, pelean y hasta piensan en su lugar. Está comúnmente acompañada por comportamientos que reflejan ansiedad.

2.3. Tipos de Comportamiento en los niños

2.3.1. Agresivo: se resiste al tratamiento por desconfiar del profesional.

Generalmente malcriado (grita y responde con agresividad) inclusive puede agredir al profesional. Expresión facial de mal humor. Tiende a desconfiar y a contrariar al profesional.

- 2.3.2. **Sumiso- negligente:** se somete pasivamente al tratamiento mostrando apatía e indiferencia. Puede, entre tanto, mostrar alguna resistencia con o sin reacción agresiva (agresividad refrenada). No demuestra voluntad de tomar parte activa en la conversación ni de cooperar. Desconfiado cuando se procura tratarlo bien. Expresión facial siempre de mal humor.
- 2.3.3. **Seguro de sí mismo:** es tranquilo, cooperador, participa activamente en las conversaciones y en el tratamiento. Siempre está de buen humor y sonríe a menudo.
- 2.3.4. **Miedoso:** es inseguro de sí mismo y es miedoso principalmente a lo nuevo o desconocido, es muy poco cooperador pero generalmente no llega a ser agresivo y al eliminar sus miedos llega a ser un muy buen paciente.
- 2.3.5. **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.

2.3.6. Cooperativo tenso: 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.

2.3.7. Lloroso: 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

En general todos los patrones de conducta analizados pueden ser controlados y manejados, aún los más difíciles, cuando el profesional está capacitado para tratar psicológicamente al niño.

Después de conseguir el dominio del niño, o sea, el control de la situación, el tratamiento odontológico podrá realizarse con éxito.

El ambiente donde el niño va ser atendido es muy importante, ya que se necesita de un ambiente adecuado en el consultorio.

Que comprende instrumentos y materiales especiales para los niños, así como un equipo humano entrenado (odontopediatras, asistentes) capacitado para tratar y manejar a los diferentes tipos de niños que necesiten atención odontológica.

2.4. Variables que influyen en la conducta del niño durante la atención odontológica

El desarrollo psicológico de los pacientes pediátricos suele estar influenciado por la herencia y el ambiente, este último es de compleja y variada naturaleza y explica la diversidad de la persona resultante. Algunas variables en el ambiente tienen directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el odontólogo. De igual forma, sucede con la influencia de

sus padres, su grupo de referencia escolar y sus antecedentes médico – dentales.

2.4.1. Ambiente Odontológico: el primer objetivo que debe alcanzar el odontólogo, 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. Braham, Raymond, Morris, Merl, (1989). Finn, Sidney, (1976).

2.4.2. El Odontólogo: 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. Mc Donald, Ralph E.; Avery, David R., (1990).

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.

2.4.3. 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.

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

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. Garzón de, Morella: (1995).

El Odontólogo que trata niños tiene una proporción menor de niños problemas que padres problemas. Las actitudes de sus mayores pueden describirse bajo algunas circunstancias que permite anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños. Estas actitudes se clasifican de la siguiente manera:

2.4.4.1. **Sobreafecto:** situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada, en el caso del único hijo, en el adoptado, o en el menor de la familia. Son niños con una preparación inadecuada para ocupar su debido lugar en la sociedad, en la escuela o en el hogar. En el consultorio demuestran poco valor recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando a dejarles, abrazándoles o tomándoles la mano.

2.4.4.2. **Sobreprotección:** se observa con frecuencia en madres que quieren monopolizar todo el tiempo de su hijo, sin permitirle que juegue o se junte con otros, con el argumento que pueden dañarle, ensuciarlo o contagiarlo. El niño

manifiesta un comportamiento autoritario, quiere controlar todas las situación y rehúsa jugar con otros niños en igualdad de condiciones, pretende guiar al dentista en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece en resumen la falta de disciplina.

2.4.4.3. Sobreindulgencia: consecuencia de la actitud de padres que nada niegan a sus hijos, especialmente de aquellos que durante su infancia no tuvieron muchas facilidades y satisfacciones, generalmente por dificultades económicas. También se observa en adultos que tienen a los niños por algunos periodos y eligen esta vía para no tener dificultades con ellos, como es el caso de algunos abuelos. El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar a menos que exceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabietas, exhibiendo igual conducta con el dentista.

2.4.4.4. Sobreansiedad: actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres con jóvenes e inexpertos o cuando es su hijo único obtenido con dificultad. Se ejerce sobre el niño sobreafecto y sobreprotección

motivados por el temor y la ansiedad. El niño así tratando depender de sus padres para tomar decisiones y emprender actividades, responde con timidez y cobardía ante situaciones nuevas, muy notorio en la consulta odontológica además, cualquier problema menos de salud, lluvia o frío, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.

2.4.4.5. Sobreautoridad: los padres actúan de esta manera para modelar a sus hijos con un determinado tipo de comportamiento, a este efecto se impone una disciplina que tiende a ser severa, inflexible y a veces cruel. Esto produce en el niño un negativismo, pasividad e inseguridad, lo cual es perfectamente en el consultorio. El dentista autoritario puede identificarse con la figura paterna, o materna, manteniendo ese esquema, pero debería en cambio permitir al niño la expresión del temor, o de sus necesidades o motivaciones para capacitarlo y gradualmente a la adaptación y exigencia del tratamiento.

2.4.4.6. Falta de afecto: la indiferencia de los padres para con el niño se manifiesta cuando disponen de poco tiempo para atenderle, por incompatibilidad entre el padre y la madre, cuando la concepción no ha sido deseada o el sexo del niño no fue deseado. El niño que vive en esta situación suele ser tímido y retraído, indeciso, se asusta con facilidad, en un intento de llamar la atención puede desarrollar ciertos hábitos como rehusar la comida, onicofagia, succión digital, etc. En la conducta asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a ese niño a una relación muy satisfactoria para ambos.

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

preocupación llegar a ser muy estimado por el niño, en el fondo necesita afecto como cualquiera, solo que no le entrega con facilidad, porque el ambiente le a enseñado a protegerse.

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

La mayor socialización que esto representa, la necesaria adaptación o medio diferente, la negación de nuevos roles dentro del grupo, el intercambio de información, hace que, por lo general, sea más difícil para el dentista examinar estos niños; por otra parte, la imagen del dentista para el preescolar de existir es positiva. Los compañeros de curso han sido sometidos a tratamientos preventivos o de dificultad menor y esta experiencia es relatada al grupo.

Durante la educación básica, la información es de otra índole, ya que la acción del odontólogo suele presentar, y a veces exclusivamente, extracciones y tratamiento de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles "escalofrantes" aun auditorio muy atente. Si

esta es la primera noticia de odontología, es natural que el niño tenga en este caso una imagen negativa del dentista y está en mano de este presentar la otra cara de la profesión.

2.4.6. Antecedentes médico – dentales: cuando se realiza el desarrollo emocional de niño, es aparente la importancia de la salud del niño en su umbral de respuesta a los estímulos propios de la emoción. Para el dentista es útil saber que si han estado enfermos en su hogar por periodos prolongados, puede presentar conductas consecuentes con actitudes paternas de sobreprotección y sobre indulgencia. Los niños que han estado hospitalizados pueden tener excelentes adaptaciones a los requerimientos de las presentaciones de salud y, en otra posibilidad haber tenido malas experiencias que le hacen asociar y generalizar temor a la odontología.

2.5. Comportamiento de los niños en el consultorio dental: el comportamiento de los niños en el consultorio dental puede responder a miedos o desconfianza a la consulta, esto se puede interpretar como un mecanismo de defensa contra lo desconocido o hacia algo que por

experiencias pasadas les recuerda dolor, sienten que su integridad ha sido perturbada pues como aún son menores de edad y dependen de otras personas ninguno acude a tratamiento por su cuenta, son llevados por sus padres, tutores, etc., en algunos casos debido al carácter del niño y del entorno social y familiar que le rodea es mucho más sencillo que accedan al tratamiento y que cooperen. Pero en otros casos se tiene que lidiar con niños maltratados, con un grado de abandono.

El odontólogo en su práctica clínica con niños, tiene que conocer el desarrollo físico, psicológico y emocional del niño para poder aplicar las técnicas de manejo conductual que amerite cada caso.

2.5.1. Objetivos del manejo del comportamiento

- Brindar al paciente un tratamiento de excelente calidad. Es importante por lo tanto escoger las técnicas apropiadas con el fin de poder culminar el tratamiento de acuerdo con los criterios clínicos aceptados.
- Proteger la integridad y seguridad física del paciente. Debe tratar de evitarse el comprometer la vía aérea mediante broncoaspiración, deglución de materiales u objetos,

laceración de tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes y lastimar físicamente al paciente. Sin embargo es importante aclararle a los padres que pueden presentarse accidentes a pesar de que se tomen todas las precauciones necesarias.

- Establecer algún tipo de comunicación tanto con el paciente como con sus padres. Aún con aquellos de temprana edad puede lograrse una comunicación no verbal, se busca que haya una interrelación positiva y evitar una confrontación a pesar de que exista un rechazo hacia el tratamiento.
- Lograr que tanto el paciente como sus padres desarrollen una actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros, Un buen manejo y una buena motivación pueden por lo tanto servir como una ayuda eficaz de prevención.

2.6. Evaluación del paciente pediátrico en odontología: la evaluación del paciente infantil tiene que ser rigurosa, para evitar calificarlo

inadecuadamente. Su objetivo es diseñar un modo de acercamiento consecuente con las conductas observadas.

El proceso puede resumirse así:

2.6.1. Recopilación de información personal, social e histórica

- Conducta observada en la sala de espera
- edad del paciente y de sus padres
- estado socioeconómico
- Temores más relevantes
- Historia médico-dental
- Experiencia de los padres

Desde el punto de vista de reacciones frente al odontopediatra, dos factores han sido detectados como un mayor valor negativo: a expectativa desfavorable de los padres y la ansiedad del niño al ver personas extrañas.

Si la información es ambigua o confusa, debe compilarse mayores antecedentes: hablar con el niño, permitirle explorar el ambiente, observando con mayor detalle, la entrevista con los padres se hará acuciosa.

En el caso que las conductas observadas y los antecedentes reunidos sean congruentes, se puede pasar a una segunda etapa.

Aquí se hace un estudio de la información y se formulan conclusiones. Así se posibilita la predicción de la conducta del niño durante el tratamiento y se decide el método que se seguirá en la etapa siguiente.

2.6.2. Análisis de la información obtenida: Si la interpretación parece incorrecta, hay que buscar nueva información y revisar el análisis. Si este proceso ha sido adecuado, el método de tratamiento del niño tendrá éxito en la situación clínica.

2.6.3. Prueba: En general, a todos los niños debería permitírseles algún grado de control sobre las modalidades del tratamiento, ofrecerle inicialmente examinar la arcada superior o inferior, descansar un mínimo, o continuar, etc.; estos pasos graduales le permiten al paciente participar de un modo activo en la secuencia de acciones que se cumple en su boca y le informa que él sigue existiendo como persona para el profesional que lo atiende.

Cuando el niño llega a la consulta es confrontado con muchas opciones; si se puede elegir entre algunas, se afirmara su confianza en su capacidad para resolverlas y se hará participe de un tratamiento que, para tener éxito, necesita ciertamente del concurso mutuo de profesional y paciente.

2.7. Técnicas para el Manejo Conductual del paciente pediátrico: existen técnicas de modificación de conducta que sirven como herramientas útiles para crear, mantener conductas en niveles óptimos deseables o incrementar y reducir una conducta dada, observable, medible y seleccionable, en el paciente que no es adecuada para realizar procedimientos bucodentales.

Las técnicas de modificación de conducta se pueden clasificar en tres grupos Fraga, J. (1992).

A continuación se detallará cada una y haremos más énfasis en aquellas que tengan mejor aplicación en el ámbito odontológico.

2.7.1. Técnicas para implantar conductas

Se utiliza la técnica o técnicas para implantar una conducta cuando esta conducta no se encuentra en el repertorio del paciente. Las cinco (5) técnicas más comúnmente aplicadas son las siguientes: Koch, Goran, Modéer, Thomas, Poulsen, Sven, Rasmussen, Per, (1994).

2.7.1.1. Moldeamiento: es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar)

hasta que esta aparezca en el repertorio de conducta es decir se instale.

Feigal, Robert (1997): 67-77.

Se debe especificar con precisión al paciente, la conducta seleccionada para el moldeamiento, seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime a la deseada. Por ejemplo si queremos enseñarle a un paciente correctamente la técnica de cepillado, debemos primero especificarle que deseamos que aprenda a cepillarse los dientes de manera adecuada y hacer hincapié en la importancia de un buen cepillado para su salud oral, luego le explicaremos la forma en que debe agarrar el cepillo, una vez que lo sostenga bien lo recompensaremos haciéndole saber que lo hizo apropiadamente, posteriormente le enseñaremos a realizar vibración y barrido en cada zona ordenadamente por cuadrante reforzando cada vez que lo haga adecuadamente y corrigiéndolo cuando se equivoque hasta que el paciente domine correctamente la técnica de cepillado.

2.7.1.2. **Modelamiento:** es el aprendizaje mediante la observación e imitación, consiste en una herramienta en la que se utiliza un modelo que ejecute conductas verbales y motoras exactas que se esperan del paciente, mientras éste observa y escucha. Este modelaje puede ser en vivo o por

medio de filmaciones lo que se vendría siendo modelaje simbólico. Feigal, Robert: (1997): 67-77. Para el uso eficaz del modelamiento se deben seleccionar modelos competentes con estatus o prestigio, la complejidad de la conducta modelada debe ser apta para el nivel de comportamiento del paciente, utilizar refuerzos positivos luego de emitir la conducta esperada. Fraga, J. (1992). Cuando queremos utilizar el moldeamiento como estrategia para implantar una conducta adecuada ante el procedimiento odontológico como por ejemplo ante la colocación de la anestesia bucal en un paciente que nunca se le ha colocado la anestesia y tiene miedo, se debe escoger un paciente que sirva como modelo, al cual se le haya aplicado anestesia previamente y se haya comportado correctamente, en la próxima cita en que se requiera la colocación del anestésico, se cita al paciente que deseamos imite la conducta, se realiza el procedimiento con movimientos lentos, con el objeto de que paciente no observe brusquedad y le produzca seguridad y concluido el paciente modelo se atiende al paciente aprensivo recompensando inmediatamente después cada intento correcto en que la conducta se aproxime a lo esperado.

2.7.1.3. Instigación: es una ayuda especial, manual, verbal o visual, que se le da al paciente durante la intervención para incrementar el éxito en la actividad. Feigal, Robert: (1997): 67-77. Las instigaciones pueden

clasificarse en físicas, visuales y verbales Sulzer-Azarof, B. & Mayer, R. (1983).

Las instigaciones físicas, a su vez pueden ser totales y parciales. La instigación física total es el máximo grado de apoyo y ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o física, se utiliza para obtener del paciente respuestas motoras como la utilización correcta del hilo dental, en donde se le toma la mano al paciente y se le guía en la ejecución de las respuestas motoras componentes de la destreza en la técnica que se está enseñando.

En la medida en que el paciente demuestre una ejecución más diestra, se procede a disminuir gradualmente la ayuda física, reduciendo la firmeza con que se sostenían los dedos, hasta lograr que el paciente realice la técnica solo de manera adecuada. En la instigación física parcial, se proporciona una señal física (tocarle los dedos al utilizar el hilo dental) a manera de sugerencia de la parte del cuerpo que debe mover para realizar la actividad motora. Las *instigaciones visuales* son indicadores visuales adicionales para producir una respuesta, se utiliza cuando por ejemplo le decimos al paciente que abra la boca y adicionalmente abrimos la boca, surte el efecto de instigador visual y produce en el paciente la respuesta esperada. Las instigaciones

verbales son sugerencias auditivas adicionales como por ejemplo sonar los dedos para indicarle al paciente que se culminó el tratamiento realizado durante la cita en cuestión.

2.7.1.4. Instrucciones verbales: son normas o pautas específicas que indican a la persona el comportamiento concreto a producir, es decir que resultados y bajo que circunstancias en particular. Las instrucciones verbales específicas aceleran el) proceso de aprendizaje. Martin, G & Pear, J. (1999). Consiste en decirle al paciente exactamente lo que va a hacer, en una situación donde pueda tener dificultades para ejecutar o recordar la ejecución. Las instrucciones deben ser sencillas, cortas y deben contener palabras que sepamos que el paciente comprende y evitar términos técnicos o en tal caso aclararle muy bien el significado, para obtener la respuesta esperada Feigal, Robert (1997). Cuando hacemos un récipe debemos adicionalmente darle las instrucciones verbales para explicarle minuciosamente cuantas veces va a tomar el medicamento y a qué horas, durante cuantos días y aclarar cualquier pregunta con relación a la medicación.

2.7.1.5. Sugerencias: existen dos clases de sugerencias la *sugerencia directa* es una incitación para iniciar una serie de respuestas y es dirigida específicamente a un determinado paciente, por ejemplo se le dice al

paciente: "que te parece si colocamos anestesia para evitar que algo te pueda molestar". La *sugerencia indirecta* es cuando se incita a otra persona diferente de aquel al que se desea enseñar, en este caso el operador delante del paciente al cual está planificado efectuarle una tartrectomía, él dice al asistente: "sabes el paciente anterior se portó excelentemente cuando le realicé la limpieza."

- 2.7.1.6. **Decir- Mostrar y Hacer ó Técnica de Adelston:** Adelston, H.Dent. Journal 108: 345-349, 1.960. Es la que más se utiliza en el manejo del paciente pediátrico. Mediante este método el niño aprende, con la guía del odontólogo, a aceptar y aún a disfrutar los procedimientos odontológicos. La primera cita ofrece la oportunidad de iniciar el uso de esta técnica. En esta ocasión el odontólogo va a la sala de espera a recibir al paciente. Se dirige a él por su nombre, que conoce por su expediente clínico, sin demostrar excesiva confianza. La ocasión es propicia para determinar si el niño tiene miedo exagerado y averiguar, a través de los padres y sus actitudes, la causa. El mismo paciente manifiesta, con su comportamiento, el grado de su aprensión. Cuando se conoce el motivo, es más fácil tratar de suprimir el temor.

Seguidamente se introduce al paciente al cuarto de trabajo y se le acomoda en el sillón dental. Se le familiariza con todo el equipo y con

los movimientos del sillón, el encendido de la luz o cualquier maniobra. La demostración se inicia con el examen clínico, usando solamente las manos para separar los labios y la cavidad bucal. Luego se le explica el uso de los instrumentos mediante la técnica de "decir, enseñar, hacer".

Así, se le dice que el espejo sirve para ver dentro de la boca sin hacerle daño. Se muestra primero la mano del odontólogo y en la del niño después, advirtiéndole que no lo lastimará. Se lleva inmediatamente a la cavidad bucal, en una secuencia rápida, pero delicada. Se le explica que el explorador sirve para contar los huequitos de los dientes, demostrándole en la uña del operador y del paciente, antes de llevarlo a la boca.

En esta forma se brega con cada uno de los instrumentos que se utilizarán en el examen, como la pinza de algodón, y las jeringas de agua y aire, dándole oportunidad al niño de que los haga funcionar. Incluso se le muestra la baja velocidad, enseñándole cómo puede echarse a andar o detenerse a voluntad. La turbina de alta velocidad se le muestra después de contarle que hará ruido, botará aire y agua.

También se le dice que se empleará en una cita posterior. Cuando llegue el momento, debe realizarse el tratamiento desde lo más sencillo a lo más complicado para que el paciente continúe su aprendizaje.

2.7.2. Técnicas para mantener o incrementar conductas

Cuando queremos hacer énfasis en mantener o incrementar una conducta seleccionada denominada conducta blanco, podemos utilizar las siguientes técnicas como las más efectivas y comunes:

2.7.2.1. Reforzamiento: el reforzamiento se puede clasificar en: reforzamiento positivo, negativo, descriptivo e intermitente.

2.7.2.1.1. Reforzamiento positivo: consiste en suministrar una consecuencia inmediatamente que se emita una conducta determinada y se refiere al efecto conseguido una vez aplicado un procedimiento. Ribes, E. (1984). Es cualquier estímulo que aumente una conducta. Reeve, J. (1994).

Esta técnica produce un incremento importante en la presencia de la conducta deseada y se aplica en la atención odontológica cuando se le da un premio, como un sello o una calcomanía al paciente infantil, luego de

portarse bien durante el tratamiento; también si se le ofrece una sonrisa u otro gesto afectuoso al paciente cuando tiene una conducta adecuada ante una actividad específica;

2.7.2.1.2. Reforzamiento negativo: es el aumento en la frecuencia de una conducta esperada a través de la suspensión de un evento aversivo inmediatamente después que se presenta la respuesta deseada. Kazdin, A. (1978).

Los refuerzos negativos aumentan la conducta de huida o de evitación. Reeve, J. (1994). Este procedimiento no es muy recomendable, un ejemplo, lo representa el hecho de decirle al paciente que tiene unas manos feas y que se le van a deformar las uñas si sigue comiéndoselas.

2.7.2.1.3. Reforzamiento descriptivo: lo conforman los comentarios explicativos, donde se destaca el comportamiento adecuado, este reforzamiento le permite a la persona saber cuál es la conducta apropiada para recibir el reforzador. Si explicamos que

el hecho de no moverse permite realizar mejor los tratamientos odontológicos y elogiamos al paciente, estamos utilizando este reforzamiento; y

2.7.2.1.4. Reforzamiento intermitente: consiste en un programa de reforzamiento, donde se refuerza una conducta deseada en alguna de sus ocurrencias, no cada vez que se emita Reeve, J. (1994), es muy aconsejable este tipo de reforzamiento, ya que el sujeto no sabe cuándo va ha ser reforzado y eso incrementa la presencia de la conducta blanco, por ejemplo cuando el paciente interrumpe reiterativamente durante el tratamiento, el odontólogo lo recompensará en un promedio de una a tres veces o cada cinco minutos en que no interrumpa.

2.7.2.2. Contratos de contingencia: es un contrato o acuerdo entre dos o más partes, que establecen las responsabilidades de cada una, en relación con un determinado objeto o actividad. Las características que deben tener un contrato de contingencia son: la recompensa debe darse de inmediato una vez cumplido. Al principio del contrato deben otorgarse recompensas por aproximaciones de la conducta deseada, las recompensas deben ser frecuentes pero en pequeñas cantidades, el

contrato debe exigir y recompensar logros, el contrato debe ser justo para ambas personas, los términos en que se establece deben ser claros, el contrato debe ser honesto y positivo. Las condiciones para poner en práctica un contrato de contingencia son: el contrato debe ser negociado y acordado libremente entre las partes, debe especificar la conducta deseada y la recompensa esperada, el reforzador debe proporcionarse según los términos del contrato. Reeve, J. (1994). Durante la realización de un procedimiento operatorio se puede establecer un contrato de contingencia verbal explicándole al paciente que no quiere la colocación de anestesia, que cada vez que le moleste puede levantar la mano y el operador cesará brevemente de accionar la turbina. Puede establecerse un contrato de contingencia escrito firmado por el representante y el paciente, donde se estipule que si el niño se deja realizar todo el tratamiento odontológico, su representante le comprará una bicicleta.

- 2.7.2.3. **Economías de fichas:** es un programa de refuerzo sistemático donde se premia con fichas a los sujetos que presentan conductas deseadas, las fichas ganadas pueden cambiarse por alimentos, actividades o privilegios Reeve, J. (1994). El sistema de economía de fichas posee las siguientes ventajas: disminuye el número de reforzadores que se administran y las fichas entregadas inmediatamente después de la

conducta esperada permiten llenar el espacio de tiempo entre la respuesta y la entrega del reforzador Reeve, J. (1994). Esta técnica se utiliza en niños y las fichas además de fichas plásticas pueden ser puntos, estrellas, caras sonrientes, tarjetas de puntuación, estampillas, dinero de juguete, entre otros. Antes del tratamiento se le explica al niño que deseamos que se comporte bien para realizarle determinado procedimiento dental, se establecen las reglas para darle las fichas, se le dice cual será la recompensa al culminar el tratamiento correspondiente a la cita, se concreta el número de fichas para obtener el reforzador y si no cumple con el número convenido las puede guardar para la próxima cita, se proporciona una ficha por cada conducta aceptable durante los diferentes pasos del procedimiento y finalmente se le otorga la recompensa final si el paciente cumplió con lo pautado.

2.7.3. Técnicas para reducir conductas: Si lo que se pretende es reducir la frecuencia con la que se observa una conducta, podemos utilizar con éxito las técnicas siguientes:

2.7.3.1. Extinción: es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. Reeve, J. (1994). Morris, CH. (1992).

La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Kazdin, A. (1978). Por lo general en el inicio de la aplicación de esta técnica la persona se confunde por la ausencia del reforzador que antes obtenía y por ende por lo general aumenta la conducta blanco por un lapso breve y durante el transcurso del programa la conducta en cuestión disminuye hasta extinguirse. Morris, CH. (1992). Un ejemplo de esta técnica lo representa el paciente infantil que llora durante el tratamiento y el operador sin querer refuerza la conducta atendiéndolo, consintiéndolo o diciéndole que no llore, cuando se da cuenta decide utilizar un programa de extinción para disminuir la conducta del llanto, ignorando el llanto, aplicando las siguientes medidas: antes que el niño llore se le realizan preguntas de su interés (mascotas, juguetes, etc.), se sigue realizando el procedimiento y se habla con el representante, se actúa como si no oyera los llantos y se persevera hasta lograr la extinción del llanto.

2.7.3.2. **Saciedad:** es la disminución o eliminación de una conducta inadecuada consecuente al reforzamiento continuo y aumentado de la misma conducta. Walter, J; Shea, T. (1987). Cuando el paciente en varias oportunidades pide permiso para ir al baño, con lo que

interrumpe o demora la atención odontológica, se le puede indicar que vaya durante cinco (5) minutos al baño y no salga hasta tanto no termine de hacer lo debido y luego no volverá hasta concluir el tratamiento pautado en la cita.

- 2.7.3.3. Mano sobre la boca:** El propósito de la técnica es ganar la atención del paciente para lograr establecer buena comunicación y conseguir que coopere para un tratamiento eficaz y seguro. Generalmente, se aplica la técnica a niños que lloran a gritos y se resisten a entrar al cuarto de trabajo. Un rápido análisis de la situación puede reflejar excesiva sobreindulgencia o miedo exagerado debido a experiencias anteriores. Conviene aclararle a los padres que hará al niño lo necesario. Con seguridad y firmeza, el dentista deberá, si fuera necesario, cargar al niño e introducirlo al consultorio acompañado. Colocado ya en el sillón dental, se le advierte que si no modera su actitud la madre tendrá que salir y se le advierte a ella que deberá abandonar el cuarto sin titubeo cuando se le pida.
- En ciertos casos esto basta para que el niño reaccione y se logre alguna comunicación. Sin embargo, algunos pacientes responden negativamente, dando gritos histéricos que impiden la conversación. Al retirarse el acompañante, la asistente ayuda a inmovilizar al paciente, para evitar que se golpee, y se le cubre la boca con la

mano explicándole al mismo tiempo, con voz segura, pero sin asomo de mal humor, que no se trata de un castigo, sino de un recurso para que pueda oír lo que se le dice. Se le aclara que tan pronto deje de llorar se le retirará la mano. Cuando se establece la comunicación con el paciente, se inicia el proceso de familiarización con el ambiente dental. Sin embargo, sorprende que los niños sometidos a estas medidas restrictivas tienden a convertirse en pacientes ideales y aún en amigos del odontólogo.

Este procedimiento debe utilizarse como último recurso. No es necesario repetirlo más de una o dos veces, pues, si no da resultados rápidamente, podría suscitar daños emocionales. Familiarizar al niño con lo que tanto teme, y el hecho de que él se percate de que se le hará el trabajo de cualquier modo, propicia, casi invariablemente, mayor cooperación en citas posteriores. Una actitud cariñosa y amigable, por parte del odontólogo al terminar la cita, no importa cuán hostil haya sido la conducta del niño, lo convence de que no se le castigó, sino que se obró por su bien.

Esta es una técnica muy controversial que tiende a ser utilizada cada vez menos. Se utiliza en conjunción con la técnica de control de voz y se condiciona la remoción de la mano a la colaboración del niño.

Cuando éste acepta, se remueve al mano. No debe utilizarse colocando la mano simultáneamente sobre la boca y nariz impidiendo la respiración como se reportó durante un tiempo en la literatura. McDonald, Ralph E.; Avery, David R.: (1990) Se recomienda obtener consentimiento escrito y verbal de los padres antes de aplicarla. El objetivo es establecer la comunicación y autoridad con el paciente. Se indica en pacientes sanos que tengan desarrollada la comunicación verbal y potencial de cooperación pero que exhiba un comportamiento desafiante y rebelde. No se recomienda en pacientes que no tengan capacidad para cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental.

- 2.7.3.4. Inmovilización:** la inmovilización total o parcial del paciente es necesaria en ciertas situaciones con el fin de proteger la integridad física de éste. Se busca hacer una restricción de no ejercer un exceso de fuerza que pueda lastimarlo. Puede hacerse directamente por el odontólogo, personal auxiliar y padres o puede usarse un dispositivo de restricción (papoose board, Pedi-Wrap, etc). También se puede inmovilizar la boca con el uso de bloque de mordida o distintos tipos de abre bocas. Grinberg S: J Dent Child 51:438-40, 1984. Hang Pp, Hagan Jp, Fields Hw, Machen Jb: Pediatr Dent

6:193-98, 1984. Musselman Rj: *Pediatr Clin N Am* 38:1309-24, 1991.

Wright G: 1987, PP 38-61.

Se recomienda obtener el consentimiento escrito y verbal de los padres antes de utilizar la técnica. El objetivo de esta técnica consiste en proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales. También se busca proteger la integridad física del odontólogo y el personal auxiliar. Se indica en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o mental. Está contraindicada en pacientes cooperadores o aquellos donde no hay posibilidad de hacer una inmovilización segura debido a sus condiciones médicas, sociológicas o de desarrollo físico.

Siempre se debe de tener la autorización de los padres para emplear algunas de las técnicas de contención física.

También puede ser un medio efectivo para facilitar la atención odontológica a pacientes que requieren ayuda para controlar sus extremidades, como los pacientes con trastornos neuromusculares o pacientes extremadamente resistentes que requieren atención

odontológica y no son candidatos para la sedación ni la anestesia local.

Existe la contención simple o la contención combinada y también ciertos utensilios para mantener la boca abierta como son:

- Los bajalenguas acolchados.
- El abrebocas.
- Un protector digital.

El control del cuerpo se obtiene por medio de una variedad de técnicas y métodos.

- El tablero papoose (tabla de restricción física)
- El pedi-wrap (sábana de restricción física)

2.7.3.5. Castigo: consiste en suministrar un estímulo punitivo inmediatamente después de presentarse la conducta blanco, provocando que la frecuencia de esta disminuya. Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989). Es aplicar al sujeto un estímulo adversivo como consecuencia de una respuesta inaceptable. Feigal, Robert: (1997). Es cualquier estímulo que al estar presente disminuye la probabilidad de que se produzca una respuesta. Koch, Goran Modéer, Thomas, Poulsen, Sven,

Rasmussen, Per: (1994). El castigo puede ser positivo cuando se añade un estímulo adverso o negativo cuando se elimina un estímulo placentero. López Jordi, María Del Carmen: (1997). La persona que proporciona el castigo debe mantener la calma durante su administración, ya que la ira y la frustración pueden reforzar el comportamiento no deseado pueden alterar la consistencia o intensidad del castigo. Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989). Es una técnica que se recomienda cuando las técnicas menos aversivas han sido ineficaces, ya que pueden provocar comportamientos agresivos, efectos emocionales secundarios como el llanto y el miedo en general.

Ejemplos del castigo son: nalgadas, reprimendas, trabajo adicional no deseable o la privación de algo que se considera deseable, durante la consulta el operador puede reprender o regañar al paciente por comerse las uñas, fumar, no cepillarse los dientes.

Existen cuatro tipos castigo: Kazdin, A. (1978).

2.7.3.5.1. Castigo físico (aversivo), reprimenda, tiempo fuera y costo de respuesta. Los castigos físicos suelen llamarse estímulos aversivos, ejemplo cachetadas, pellizcos, entre otros,

2.7.3.5.2. Las reprimendas: son estímulos verbales muy negativos contingentes a la conducta no apropiada, ejemplo "no cierres la boca",

2.7.3.5.3. El Tiempo fuera consiste en retirar a la persona de un ambiente de reforzamiento, para ubicarlo en un espacio físico que no lo es, por un tiempo limitado y específico con el objeto de disminuir la conducta blanco. Magnusson, Bengt O.; Koch, Goran, Poulsen Sven: (1985). Es una técnica muy utilizada cuando no podemos suspender la administración del reforzador que mantiene la conducta que se desea modificar, de tal forma que al excluir el sujeto de la situación cuando presenta la conducta blanco y así pierda el contacto con los estímulos discriminativos y reforzadores.

Garzón De, Morella: (1995) El período de aislamiento no debe ser muy prolongado, cinco minutos aproximadamente suelen ser eficaces para lograr el efecto deseado en la conducta Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989).

Según Lewellen citado por Walter y Shea, plantea que existen tres tipos de tiempo fuera, que son los siguientes:

- Tiempo fuera observacional, en el cual se retira al paciente de la situación de reforzamiento (área de tratamiento odontológico) para conducirlo a un área alejada de la actividad, hacer que cierre los ojos mientras se realiza el procedimiento que ocasiona la conducta indeseable o quitar de la bandeja el instrumental que produce ansiedad;
- Tiempo fuera de exclusión, en la cual el paciente se aleja de la situación que refuerza la conducta blanco por una que no lo es en el área de tratamiento;
- Tiempo fuera de aislamiento, en este caso el paciente abandona el área de tratamiento y se dirige a una habitación aislada.

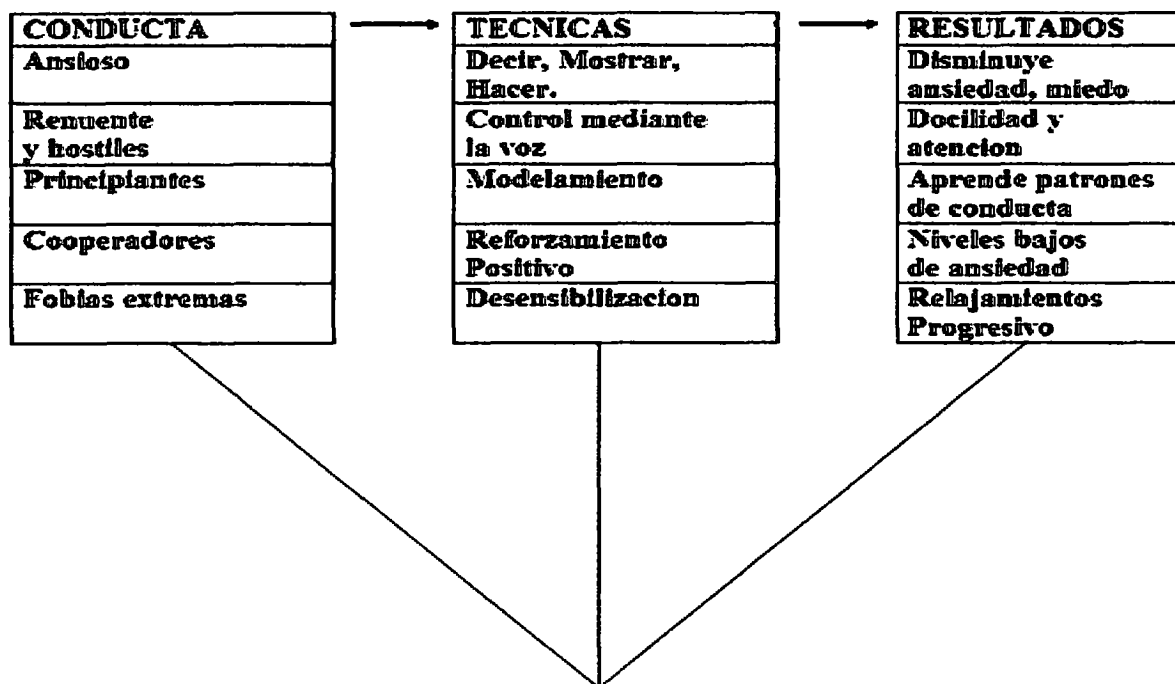
El tiempo fuera se clasifica en: Garzón De, Morella: (1995)

- Tiempo fuera parcial, en el cual se retiran los estímulos discriminativos y reforzadores sin alejar al paciente de la situación odontológica;
- Tiempo fuera total, se retira al paciente de la situación reforzante y se le conduce a una situación exenta del reforzamiento.

2.7.3.6. Reforzamiento de conductas incompatibles: es la disminución de una conducta que es incompatible con la

conducta que deseamos modificar. Feigal, Robert: (1997). Se aplica reforzando al paciente por cualquier otra conducta diferente a la conducta inapropiada que se quiere modificar, ejemplo al niño que acostumbre a agarrarle la mano al operador para intentar retirarla mientras se le está trabajando en boca, se le pide que coloque la mano en los bolsillos y se le refuerza el buen comportamiento diciéndole que es un niño muy obediente por meterse las manos en el bolsillo.

ESQUEMATIZACION DE LAS TECNICAS PARA TRATAR CONDUCTAS DIFERENCIALES DEL PACIENTE



Facilita la integración de la conducta - odontólogo - niño - padres.
 -Posibilita la adaptación de comportamientos positivos presentes y futuros del niño en el consultorio odontológico.

Capítulo 3

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

Manejo Odontológico Integral de Paciente Pediátrico con Comportamiento Errático

Dra. Mayuli Y. Arjona P.

Especialista en Odontopediatría. Profesor Especial. Facultad de Odontología.
Universidad de Panamá

Resumen: El objetivo de este trabajo consistió en documentar los resultados del manejo odontológico integral y la aplicación de técnicas de manejo conductual en una paciente de tres años de edad con comportamiento errático. Las técnicas de modificación de conducta son útiles para crear conductas nuevas que nunca se habían observado en el repertorio conductual del paciente, mantener o incrementar conductas deseables y reducir conductas que entorpezcan el desempeño en la clínica odontológica.

Palabras clave: Técnicas de modificación de conducta, clínica odontológica.

Abstract: The objective of this article consisted of presenting the different techniques from modification of the conduct to deal with the types problems about the conduct that can be presented/displayed during the dentistry attention. The techniques of modification of conduct are useful to create new conducts that never had been observed in behavior of the patient, to maintain or to increase desirable conducts and to reduce conducts which they obstruct in the dentistry clinic.

Introducción:

En la atención odontológica, muchas veces nos encontramos con pacientes que podríamos clasificar como no cooperadores, por la disposición de éstos al servicio que requieren. En tal sentido este trabajo pretender dar a conocer los resultados obtenidos al aplicar técnicas de modificación de conducta como herramientas útiles para crear, mantener conductas en

niveles óptimos deseables o incrementar, reducir una conducta dada y permitir la realización de procedimientos odontológicos integrales considerando el bienestar y seguridad del paciente.

3.1. EVALUACIÓN GENERAL

3.1.1. ANAMNESIS

Nombre de la paciente: Joselin Linibeth García González

Edad: 5 años Sexo: femenino No. de Cédula: 8-1007-1810

Fecha de Nacimiento: 12 de febrero de 2004

Dirección: Mañanitas. Sector 8 de septiembre casa No. 7980

Nombre de persona responsable: Elena Pineda Santamaría

Nombre de la madre: Verónica González Pineda Cédula: 8-803-1826

Nombre del padre: Pablo Abdiel García Chavarría Cédula: 4-721-2474

Cédula: 9-118-2230

Teléfono: 6663-9536 Fecha de ingreso: 7 de mayo de 2008

Motivo principal de la consulta: “porque quiere la niña tenga la dentadura bonita y sana”

3.1.2. ANTECEDENTES MÉDICOS

Paciente fue ingresada al Hospital al año y medio de edad, por sufrir una mordedura de perro, quedando con una cicatriz en el lado derecho de la cara, cerca de la boca. La abuela refirió que fue una experiencia muy traumática para la niña en todo sentido.

3.1.3. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

No había sido atendida anteriormente en odontología. Dentro de sus hábitos de higiene oral, la abuela reportó que sólo la cepillan dos veces al día. Refirió además que había tenido episodios de dolor por las caries.

Actitud de la paciente: Tímida, aprehensiva, poco cooperadora y muy llorosa.

Antecedentes Familiares: Ninguno relacionado con el caso.

Historia prenatal: embarazo de la madre sin complicaciones. Paciente nació a término vía vaginal.

Evaluación psicológica: abuela refirió que “es muy miedosa y no tolera ver a los médicos, ni a nadie vestido de blanco”. Cabe destacar que la niña vive con su abuela y ésta no dio informe de los padres.

3.2. EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Constitución física (Clasificación de Sheldon): Paciente mesomórfica (constitución media)

Peso: 3lbs Talla: 0.92 cm Patrón de marcha: Normal

Postura: sin trastornos aparentes según valoración médica.

Cabeza: ovalada Cabello: delgado, escaso, lacio

Implantación de las orejas: media Forma de la cara: Mesocefálica

Perfil: Convexo Ojos: almendrados con ojeras.

Nariz: base mediana con orificios nasales redondos y puente nasal deprimido.

Labios: resecos, de grosor mediano. Inferior evertido.

Comisuras: caídas y sin patología aparente

Mentón: con surco marcado y tonicidad dentro de los límites fisiológicos

Nódulos: No palpables.

Musculatura facial: sin patología aparente.

Simetría facial: existe discrepancia entre los tercios horizontales y los verticales.



Foto No. 1 Extraoral de Frente



Foto No. 2 Extraoral de Perfil

3.3. EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Dentición: decidua temprana No. de dientes: veinte (20) piezas temporales de las cuales se observa decoloraciones compatibles con caries, caries en mesial de ambos centrales superiores (deciduos derecho e izquierdo), en mesial de de laterales superiores (deciduos izquierdo y derecho), en cervical del canino (deciduo superior izquierdo), en mesial de la primera molar (decidua derecha) y en oclusal de la primera molar (decidua izquierda). Overjet: 1mm Overbite: 0mm Oclusión: Escalón mesial en lado derecho e izquierdo con relación de Clase I canina bilateral Tipo de mordida: cerrada Lengua: sin patología aparente Orofaringe: sin patología aparente. Piso de Boca: poco profundo y dentro de los límites fisiológicos.

Mucosas: sin patología aparente. Pliegues: sin patología aparente Frenillo labial: inserción alta y sin patología observable. Frenillo Lingual: sin patología aparente Paladar Blando: sin patología aparente Paladar duro: sin patología aparente ATM: dentro de los límites fisiológicos Tratamientos dentales: Pulpares: ninguno Ortodónticos: ninguno Quirúrgicos: ninguno Periodontales: ninguno.



Foto No. 3 Intraoral de Frente



Foto No. 4 Intraoral de 45°



Foto No. 5 Lateral Derecha



Foto No. 6 Lateral Izquierda

3.4. ANÁLISIS DE LOS MODELOS

Modelos de dentición decidua con overbite de 0 mm y overjet de 1 mm. En el modelo superior se presenta arcada en forma de "U", espacios primates, diastemas generalizados propios de la dentición decidua. Palada profundo de profundidad media sin patología aparente. Se observa maxilar inferior con forma de "U" dentro de los límites fisiológicos. Se puede ver la cavidad cariosa a nivel de molar inferior decidua derecha y centrales superiores. Se distingue relación molar con escalón mesial bilateral y Clase I canina.

3.5. ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

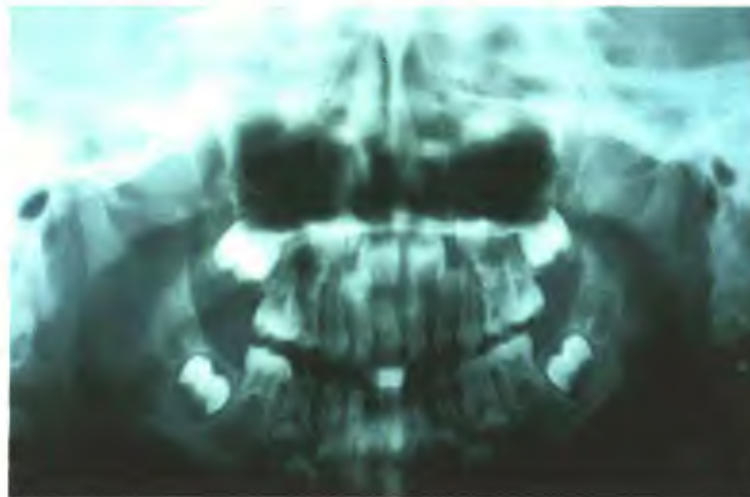


Foto No. 7 Radiografía Panorámica

En la radiografía Panorámica se observa la dentición decidua completa, y la formación de los gérmenes de cada una de las piezas permanentes que deben estar según la edad cronológica. Se observa desviación de los

cornetes nasales. Patrón óseo con trabeculado homogéneo y sin patología aparente. El patrón de erupción se corresponde entre la edad dental y la edad cronológica, sin embargo hay alteración de la secuencia de erupción en la arcada inferior.

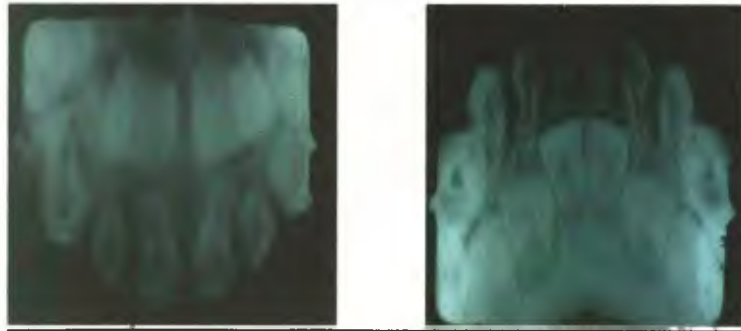


Foto No. 8 Radiografías Oclusales superior e inferior

En la radiografía oclusal se presenta radiolucidez en mesial de la piezas laterales superiores derecha e izquierda decidua, compatible con caries; en mesial y distal de los centrales superior derecho e izquierdo deciduos. Se observa la formación adecuad de los permanentes sucedáneos de cada deciduo.

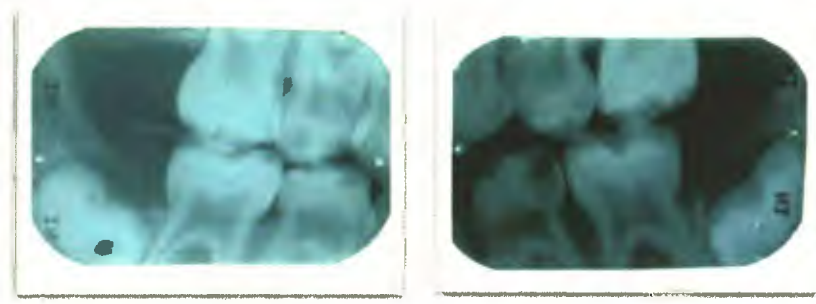


Foto No. 9 Radiografías de aleta izquierda y derecha

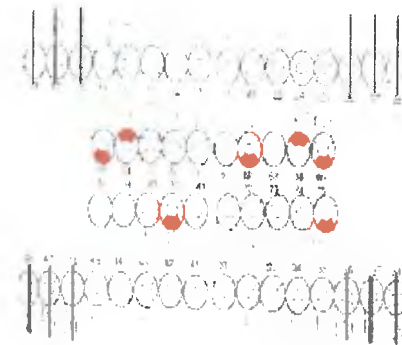
En las radiografías oclusales izquierda y derecha se puede observar que las lesiones de caries conllevan compromiso pulpar a nivel de la primera molar inferior izquierda decidua, segunda molar superior derecha decidua y la primera molar superior derecha decidua.

3.6. CONTROL DE HIGIENE BUCAL

Primer control de placa.

Índice de O'Leary de 45% lo que indica una deficiente técnica de cepillado.

Fecha: 5/5/2008

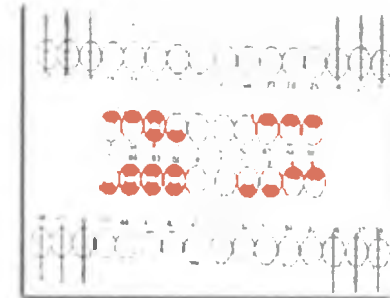


Fotos N. 10 controles de placa

Segundo control de placa.

Índice de O'Leary de 20% lo que indica una buena técnica de cepillado.

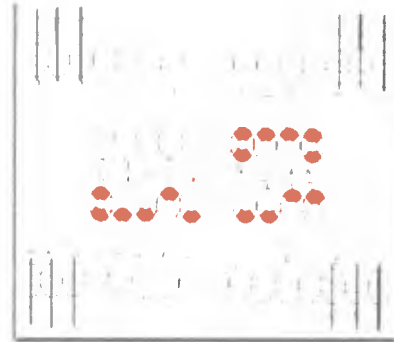
Fecha: 5/7/2008



Tercer control de placa.

Índice de O'Leary de 5% lo que indica una excelente técnica de cepillado.

Fecha: 10/2/2010



3.7. CONTROL DE DIETA

Paciente toma leche en biberón, le ponen 8 onz de agua, dos de polvo, dos de crevita y nesquick. Se toma diariamente entre 5 y seis biberones.

COMIDAS DIARIAS	MOMENTOS DE AZÚCAR
Desayuno: pan, queso y té	1 momento
Merienda	Nada
Almuerzo: arroz, carne, porotos y bebida	1 momento
Merienda: bebida con galletas	1 momento
Cena: pollo, patacones, sopa	1 momento
Después de la cena: emparedado y leche	1 momento

Al examen de dieta se observó que la paciente tiene cinco momentos de azúcares diarios totales y dos entre comidas, sin considerar que en el formulario no se incluyó las ingestas de leche en biberón.

3.8. DIAGNÓSTICO

Paciente en dentición decidua con escalón mesial bilateral y Clase I

Canina, con caries de la infancia, gingivitis y comportamiento errático.

3.9. PRONÓSTICO

Reservado debido a la corta edad de la paciente y a la falta de cooperación

en el consultorio dental.

3.10. PLAN DE TRATAMIENTO

Fase I

1. Educación a la paciente y a su abuela sobre técnica de cepillado.
2. Evaluación de patrón alimenticio modificación de la dieta.
3. Valoración de aspectos conductuales por cita y registro de los mismos según su momento de aparición.
4. Aplicación de técnicas de manejo conductual en cada una de las citas programadas.
5. Interconsulta con especialista en otorrinolaringología.
6. Profilaxis con aplicación de flúor. Controles de placa y evaluación de la destreza con la técnica de cepillado.
7. Restauraciones con resina fotocurable
8. Sellantes
9. Tratamientos pulpares

Fase II

1. Coronas de acero inoxidable
2. Controles clínicos y radiográficos.
3. Controles de higiene y aspectos nutricionales.
4. Controles de crecimiento y desarrollo.

3.11. PROGRAMA DE EJECUCIÓN

PROGRAMA PARA LA MODIFICACIÓN CONDUCTUAL: Para poder hacer un análisis científico de las manifestaciones conductuales, los factores desencadenantes y técnicas aplicadas para el manejo del comportamiento errático de la paciente, se hizo uso del siguientes formulario:

TÉCNICA DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL APLICADA EN DIFERENTES MOMENTOS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SEGÚN LA CONDUCTA DE LA PACIENTE EN EL CONSULTORIO.

Periodos de tratamiento	Conducta de la paciente en el consultorio	Técnicas de Modificación Conductual		
		Para implantar conductas	Para mantener conductas	Para reducir conductas
Antes de empezar el tratamiento	Cooperadora			
	No Cooperadora			
Al pasar con la madre al cubículo	Cooperadora			
	No Cooperadora			
Al sacar a la madre del cubículo	Cooperadora			
	No Cooperadora			

Al iniciar el abordaje	Cooperadora			
	No Cooperadora			
Al sentarla en el sillón dental	Cooperadora			
	No Cooperadora			
Al encender la luz	Cooperadora			
	No Cooperadora			
Al activar la pieza de mano	Cooperadora			
	No Cooperadora			
Al usar la jeringa trifuncional	Cooperadora			
	No Cooperadora			

Test modificado de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento de Tamowski KJ, Simonian J Behav Ther Exp Psy 1992, 23 101-6

3.12. RESULTADOS

La paciente fue atendida en un total de 18 citas en el consultorio odontológico. En estas sesiones se logró llevar a cabo todos los procedimientos programados tanto para la Fase I como para la Fase II de tratamiento. Estos procedimientos fueron enmarcados en base a los niveles de atención del proceso de salud enfermedad: Preventivos, Restauradores y Rehabilitadores. (Ver cuadro No. 1).

Para poder cumplir con los procedimientos operatorios, se realizó una valoración psicológica de la niña desde el punto de vista de Odontopediatría.

CUADRO No. 1. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EJECUCIÓN POR CITA

CITA	PROGRAMA DE EJECUCIÓN	TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL UTILIZADAS	OBSERVACIONES
1 5/5/08	Primer ingreso. Anamnesis y evaluación física general. Adaptación al consultorio	Decir mostrar y hacer. Moldeamiento. Instigación. Instrucciones verbales. Control de voz. Sugerencias Reforzamiento positivo	Paciente llegó llorando, no se dejaba atender Se sentó en el sillón
2 9/5/08	Toma de registros. Modelos y radiografías	Decir mostrar y hacer. Moldeamiento. Modelamiento. Instigación. Instrucciones verbales. Control de voz. Sugerencias Reforzamiento positivo y mano sobre boca.	Hizo un berrinche. No quería entrar en el consultorio. Se dejó atender.
3 20/5/08	Profilaxis y aplicación de flúor Enseñanza de técnica de cepillado	Decir mostrar y hacer. Moldeamiento Instigación. Instrucciones verbales. Control de voz. Sugerencias. Reforzamiento positivo Economía de fichas	Entró llorando pero cooperó durante todo el procedimiento
4 28/5/08	Colocación de anestesia lidocaína al 2% infiltrativa y restauraciones con resinas fotocurables en mesial y distal de la pieza No. 61 y distal de la pieza No. 62	Decir mostrar y hacer Modelamiento. Control de voz Inmovilización. Mano sobre boca. Extinción.	Entró bien Lloró desde que se le colocó anestesia hasta que se dio cuenta que no sintió dolor. Hizo un berrinche y se tiró al suelo.
5 2/6/08	Restauraciones sin anestesia de clase V con ionómero de vidrio en la pieza No 53 y clase I oclusal de la No 74	Decir, mostrar y hacer. Inmovilización. Sugerencias. Reforzamiento positivo Contratos de contingencia. Modulación de voz.	Entró sin llorar y estuvo calmada toda la sesión
6 9/6/08	Colocación de anestesia lidocaína al 2% y restauraciones con resinas fotocurables en mesial y distal de la pieza No 51 y mesial de la No 52	Decir mostrar y hacer. Modelamiento. Extinción. Control de voz. Inmovilización Mano sobre boca. Sugerencias. Economía de fichas	Entró muy receptiva Lloró con la colocación de la anestesia pero no hizo berrinche Cooperó durante toda la cita.
7 11/6/08	Anestesia troncular 2% lidoc Para tratamiento pulpar de la pieza No. 84	Decir, mostrar y hacer Inmovilización Extinción. Mano sobre boca. Modulación de voz.	No quería entrar. Estaba llorando y haciendo berrinches desde la sala de espera Al entrar se calmó y cooperó durante la cita.
8 20/06/08	Anestesia troncular 2% lidoc Para tratamiento pulpar de la pieza No. 54	Decir, mostrar y hacer. Inmoviliización. Extinción Mano sobre boca Modulación de voz Reforzamiento positivo	Lloró desde que entró pero se calmó al ver que el procedimiento no le causaba dolor.

CITA	PROGRAMA DE EJECUCIÓN	TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL UTILIZADAS	OBSERVACIONES
9 17/7/08	Anestesia troncular 2% lidoc. Para tratamiento pulpar de la pieza No. 64	Decir, mostrar y hacer. Inmovilización. Reforzamiento positivo. Mano sobre boca. Modulación de voz.	Entró sin llorar. Lloró con la colocación de la anestesia. Se calmó a mitad de la cita.
10 27/7/08	Profilaxis con flúor y toma de radiografías de control.	Decir, mostrar y hacer. Inmovilización. Modelamiento y modulación de la voz. Reforzamiento positivo.	Entró sin llorar y se fue muy contenta.
11 29/8/08	Preparación para corona de acero inoxidable de la pieza No. 84	Decir, mostrar y hacer. Inmovilización. Modelamiento y modulación de la voz. Sugerencias. Reforzamiento positivo	Entró sin llorar y se fue muy contenta.
12 1/9/08	Preparación para corona de acero inoxidable de la pieza No. 54	DMH, Inmovilización. Modelamiento. Modulación de la voz. Reforzamiento positivo	Entró muy receptiva y conversando. Se comportó bien y se fue muy contenta.
13 3/9/08	Preparación para corona de acero inoxidable de la pieza No. 64	Decir, mostrar y hacer. Modelamiento. Inmovilización. Modulación de la voz. Reforzamiento positivo	Entró bien y se condujo perfectamente bien al notar que no estaba el Paposé. Se fue contenta
14 8/9/08	Control clínico y radiográfico para las coronas de acero inoxidable	Decir, mostrar y hacer. Sugerencias. Reforzamiento positivo	Paciente muy cooperadora toda la cita
15 9/9/08	Actualización de registros fotográficos, modelos y Panorámica	Decir, mostrar y hacer. Sugerencias. Reforzamiento positivo	Paciente muy cooperadora toda la cita
16 2/12/2009	Profilaxis y flúor Control de dieta e higiene	Decir, mostrar y hacer. Sugerencias. Reforzamiento positivo	Paciente muy cooperadora toda la cita
17 3/2/2010	Controles de erupción con evaluación clínica y radiográfica	Decir, mostrar y hacer. Sugerencias. Reforzamiento positivo	Paciente muy cooperadora toda la cita
18 14/4/2010	Profilaxis con flúor y reconstrucción de resinas fotocurables de centrales superiores deciduos. Actualización de fotos.	Decir, mostrar y hacer. Sugerencias. Modelamiento. Modulación de voz. Reforzamiento positivo	Paciente muy cooperadora toda la cita

Esta valoración permitió clasificar su conducta como aprehensiva, y poco cooperadora debido a causas específicas relacionadas a la mordedura de perro, así como malas experiencias previas en consultorios dentales.

Este análisis permitió entender, explicar y aclarar las diferentes conductas que presentó la paciente durante las sesiones de cada tratamiento odontológico, así como las técnicas de modificación conductual que fueron aplicadas.

Cada vez que la paciente era expuesta a una situación nueva, la niña reafirmaba su ansiedad y la poca cooperación, sin embargo al aplicar técnicas para implantar conductas, esto se resolvió, sirviendo además para prepararla para la siguiente sesión.

Con no permitirle a la abuela de la niña permanecer en el consultorio durante la atención odontológica, se logró evitar la influencia de la ansiedad generada por ella hacia la niña. De tal forma que la niña mostró cooperación en once de las dieciocho sesiones después de sacar a la abuela del consultorio.

El manejo de cada procedimiento odontológico se realizó con la aplicación simultánea de técnicas de modificación conductual de tipo no

farmacológicas, las cuales dieron resultados positivos de forma escalonada. A partir de la cuarta cita la niña comenzó a cooperar cada vez más aún cuando los procedimientos fueran de tipo invasivo.

De las dieciocho citas dadas, la paciente cooperó en trece de las mismas antes de empezar el tratamiento y al pasar con su abuelita al consultorio. Después que quedaba sola, su conducta variaba. Hubo factores específicos que afectaban su buena conducta y se mostró con comportamientos erráticos variables durante todas las sesiones.

Se observó que factores como el encendido de la luz, la activación de la pieza de mano, la colocación de anestesia, el uso de la jeringa trifuncional y las propias intervenciones en la cavidad oral, generaron emociones de tensión, irritabilidad y mal comportamiento en la niña, originados por sus miedos de tipo subjetivos y objetivos. Estos fueron resueltos conforme avanzaron las sesiones, mediante la aplicación de técnicas de manejo conductual.

Las técnicas de manejo conductual más efectivas en el manejo del comportamiento de la paciente, fueron aquellas que nos permitieron implantar conductas y las mismas fueron aplicadas en un 50.54% de las veces. La utilización de técnicas para reducir conductas inadecuadas se

dio en un 30.76% y las que se utilizaron para mantener conductas en un 18.68%.

Dentro de las técnicas para implementar conductas favorables en la paciente las que resultaron más efectivas fueron el decir mostrar y hacer con un 39%, sugerencias con un 21.73%, modelamiento con un 19.56%, y luego instigación, instrucciones verbales y moldeamiento con un 6.52% cada una.

Estas técnicas fueron aplicadas en todas las citas de manera constante y de forma alterna según fuera necesario.

Se logró modificar la cooperación de la paciente en cuanto a su cuidado personal en casa. Al final de las sesiones, tenía mejor destreza en la técnica de cepillado, siendo que su índice de O'Leary bajó de un 45% a un 5%.

Se logró mejorar los hábitos alimenticios, dado que la abuela refirió que desde las instrucciones dadas con este fin, la niña dejó de comer golosinas entre comidas y que su alimentación ahora era más saludable.

CUADRO No. 2. Resultados de la aplicación de Técnicas de Modificación Conductual

Implantar	No.	Mantener	No.	Reducir	No.
Modelamiento	3	Reforzamiento positivo	14	Extinción	4
Modelamiento	9	Contratos de Contingencia	1	Saciedad	0
Instigación	3	Economía de fichas	2	Mano sobre boca	4
Instrucciones verbales	3	Reforzamiento negativo	0	Inmovilización	8
Sugerencias	10	Reforzamiento descriptivo	0	Castigo	0
Decir-Mostrar-hacer	18	—	—	Control de voz	12
TOTAL	46		17		28

Fuente Formulano No. 1. Manejo del Comportamiento errático del paciente pediátrico en Odontopediatría. 2010.

Al final se logró terminar con el Plan de Tratamiento Odontológico establecido desde la primera cita.

Se pudo cambiar la ansiedad, temores y comportamiento errático de la paciente, por un comportamiento favorable, a través del cual la niña se presenta receptiva, cooperadora, participativa y alegre cada vez que acude al consultorio.

Actualmente acude a citas de profilaxis y aplicaciones de flúor, controles de crecimiento y desarrollo, evaluaciones clínicas y radiográficas, que no le generan mayor ansiedad a la niña por lo cual se refuerza la conducta favorable adquirida.

Procedimientos clínicos en sillón dental por medio de la aplicación de técnicas no farmacológicas para la modificación conductual.



Foto No. 11 Atención odontológica de Joselin antes y después de la restricción física

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los resultados de este proyecto, verifican que existen múltiples factores que condicionan el comportamiento de un paciente pediátrico en el consultorio odontológico, los cuales deberán ser considerados si se asume la responsabilidad de su atención integral.

Consideramos que la valoración de los sentimientos, actitudes y temores del paciente y sus familiares, son fuente de conocimiento que favorecen la clarificación tanto de las vivencias como de las interiorizaciones de los aspectos afectivos, que al ser entendidos podrán ser manejados e incluidos en el plan de tratamiento odontológico del paciente pediátrico. De igual forma lo son, los antecedentes personales, familiares, médico-dentales, condición socio económica, psicológica y estado actual del paciente.

Cabe destacar que el comportamiento errático de pacientes pediátricos puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad, ya que además de requerir más tiempo de atención se corre el riesgo de producir daño físico y/o psicológico ya sea temporal o permanente. Por lo tanto, la utilización de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento seguro de alta calidad es importante. Cualquier técnica utilizada se debe aplicar bajo parámetros establecidos, de acuerdo a la edad del paciente, tipo de tratamiento, estado

mental y /o físico y un conocimiento claro del estado evolutivo del niño de acuerdo a su edad.

Un tratamiento tiene éxito, cuando el odontólogo logra hacer un reconocimiento de oportuno de estos aspectos.

Cuando el profesional interpreta las dificultades en la adaptación de su pequeño paciente, logra estar por encima de los problemas puntuales, y puede entonces facilitarle a su paciente, el manejo de las expresiones de temor, presentadas en forma directa o enmascarada. Esto a su vez, le ayudará al manejo de ellas.

El orden de presentación en el proceso de adaptación corresponde más a la discreción del profesional que a una receta preestablecida. Esto deberá darse en función de la situación del paciente y el criterio clínico del odontólogo. No existe una técnica que sea mejor o más efectiva que otra. Tampoco existe una norma escrita que señale cuál debe ser el orden para aplicadas, sólo existen lineamientos que basados en las experiencias de otros profesionales, nos señalan cómo y en qué situaciones hacerlo.

Debe ser competencia del profesional aplicarlas según las vaya necesitando. Lo importante es no perder de vista el objetivo que persigue con cada una de estas técnicas para poder salvaguardar la integridad del paciente.

Documentar científicamente el manejo integral de cada paciente, permite visualizar los resultados obtenidos según se avanza en los procedimientos

clínicos, de forma tal que para futuras ocasiones se puedan tomar en cuenta tanto los positivos como los que no lo fueron para efectos de hacer las adecuaciones correspondientes.

Además de la aplicación de diversas técnicas de manejo, se debe estar consciente que existen una serie de factores controlables y no controlables que deben evaluarse y pueden incidir en el comportamiento

Cuando se logra modificar el comportamiento de un paciente en el consultorio odontológico, el beneficio se hace extensivo a otros espacios donde éste se desenvuelve. Esto se debe a que recupera la seguridad en sí mismo y aprende a enfrentar nuevas situaciones con más serenidad y grado de cooperación.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Todo tratamiento odontológico genera ansiedad ya sean niños o adultos, por lo cual el profesional debe estar preparado para entender y ayudar a manejar los temores de sus pacientes en relación con el tratamiento.

Siendo que el odontopediatra juega un rol importante en la formación de todo niño que es llevado al consultorio dental, éste debe hacer todo lo posible para que esta sea una experiencia grata para ellos y que lejos de generar fobias o traumas innecesariamente, sea un motivo para hacer crecer su autoestima y seguridad en sí mismo.

Se debe tener siempre presente que el manejo de la conducta del paciente pediátrico exige manejo integral de los aspectos emocional, físico y psicológico del niño. De igual forma se debe considerar la influencia de las sociedades y la familia, las consideraciones éticas y la controversia acerca de la utilización de las técnicas de modificación del comportamiento errático.

La evaluación del paciente infantil tiene que ser rigurosa, para evitar calificarlo inadecuadamente. Su objetivo es diseñar un modo de acercamiento consecuente con las conductas observadas. Si la información es ambigua o confusa, debe compilarse mayores antecedentes: hablar con el niño, permitirle explorar el

ambiente, observando con mayor detalle, la entrevista con los padres se hará más detallada. Se debe ser perceptivo e indagar todos los aspectos posibles que permitan establecer un diagnóstico adecuado, que favorezca su atención integral. Debemos estimular al niño a cooperar porque de esto depende cómo será cuando sea mayor y esta experiencia será generadora de lo que en un futuro él será capaz de transmitirle a los demás.

Se debe tener en cuenta el derecho que tienen los niños y las niñas a ser atendidos y a recibir servicios de salud acorde con sus necesidades, por lo cual el que exhiban un comportamiento errático no debe ser impedimento para ello. Para ello existen los programas de modificación conductual a nivel del consultorio odontológico, el manejo interdisciplinario que debe darse entre pediatras, psicólogos, psiquiatras e incluso sus maestros. En última instancia, se debe recurrir al manejo con métodos farmacológicos o en su defecto, a la referencia hacia otro profesional con el objeto de darle la asistencia sanitaria correspondiente.

Es importante recordar que las técnicas de modificación de conducta son útiles para crear conductas nuevas que nunca se habían observado en el repertorio conductual del paciente, mantener o incrementar conductas deseables y reducir conductas que entorpezcan el desempeño en la clínica odontológica, por lo cual

deben formar parte del protocolo para el manejo integral del paciente pediátrico en odontología.

De no contar con los resultados esperados a través de un plan de modificación conductual en el consultorio odontológico, se debe considerar la posibilidad de hacer la referencia a paidopsiquiatría o trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario que cuente con médico pediatra, psicólogo, anestesiólogo, odontólogo y el apoyo directo de los familiares del paciente.

Desde el punto de vista académico, el estudiante de odontología debe ser entrenado siguiendo este enfoque de atención integral del paciente pediátrico debido a que en un futuro no muy lejano, será a quien le corresponda brindar servicios de odontología general incluso a la población pediátrica.

Su formación profesional debe estar orientada para que sea capaz de hacerlo sin causar efectos colaterales, traumas o rechazos en aquellos niños que presenten conductas erráticas. Por otra parte se le debe preparar para que si se le presentan casos de manejo complicado, sea capaz aprender a detectarlo de forma oportuna para llevar a cabo la referencia de estos pacientes a las especialidades correspondientes.

Los diseños curriculares de las unidades académicas de Odontología deben contemplar procesos de práctica clínica para la atención de pacientes pediátricos con la participación de equipos multidisciplinarios para que el estudiante, tenga la oportunidad de experimentar esta actividad y comprender su rol dentro de equipos de trabajo que van más allá de la atención odontológica de forma aislada e independiente.

GLOSARIO

GLOSARIO

1. **Adaptación:** El proceso de adaptación social por el cual un individuo ajusta su comportamiento a las expectativas del medio social en que se mueve.
2. **Ansiedad:** La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o por el contrario ante el temor de perder un bienpreciado.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

3. **Comportamiento:** en *psicología y biología*, el comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. La ciencia que estudia la conducta y el

comportamiento animal es la etología y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la ecología del comportamiento.

4. **Comunicación:** La comunicación es el proceso mediante el cual se transmite información de una entidad a otra. Tradicionalmente, la comunicación se ha definido como *"el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales"*. Todas las formas de comunicación requieren un *emisor, un mensaje y un receptor*.
5. **Comunicación no verbal:** Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.
6. **Conducta:** Manera que tiene de reaccionar un organismo cuando ocurre alguna alteración en su medio ambiente que le afecta, o dentro de su organismo
7. **Desarrollo emocional:** costumbres sentimientos y conductas adquiridas en el desarrollo del individuo.
8. **Desarrollo físico:** el desarrollo físico de los bebés depende de su maduración; es decir, el despliegue de patrones de comportamiento en una

secuencia determinada genéticamente. Por tanto, el desarrollo físico sigue una secuencia determinada

9. **Desarrollo psicológico:** El desarrollo psicológico es un constructo teórico-explicativo de la conducta a través del tiempo, por ello no debería entenderse solo como presupuesto genético, calidad de vida de la condición humana o función de equilibrio y ajuste a la sociedad, ya que ello significara entenderlo como estático o como correcto. Para estudiar al desarrollo es necesario describirlo y explicarlo en términos de sus variaciones y consistencias funcionales a través de la historia conductual y no solo de su descripción convencional: "Desarrollo no es cambio, es movimiento: traslación-alteración, aumento-decremento y generación-destrucción" (Averroes, 1978), de la misma forma movimiento es alternativo a extensión, a la dimensión que ocupa, a su propagación.

10. **Desconfianza:** falta de credibilidad en las personas o en algo.

11. **Desensibilización:** método terapéutico basado en principios conductistas y en particular en el contracondicionamiento. La desensibilización sistemática parece resultar especialmente adecuado para el tratamiento de las fobias. Se trata de conseguir que el sujeto emita respuestas nuevas

(adaptativas) a estímulos que anteriormente provocaban en él respuestas no deseadas.

12. Emociones: Las emociones son fenómenos psicofisiológicos que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas en la jerarquía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo expresiones faciales, músculos, voz, actividad del SNA y sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo.

13. Estímulos: Un estímulo será cualquier elemento externo, ya sea de un cuerpo o un órgano, que estimulará, activará o bien mejorará la actividad que realiza, su respuesta o reacción.

14. Historia médica: conjunto de información acerca de acontecimientos pasados que pueda estar relacionada con el estado del enfermo (problemas médicos pasados, síntomas, problemas médicos familiares, problemas sociológicos, etc. La historia clínica, historial médico o historial clínico, es el

“conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. La historia médica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

15. Lenguaje: Se llama lenguaje (del provenzal *lenguatgea*) a cualquier tipo de código semiótico estructurado, para el que existe un contexto de uso y ciertos principios combinatorios formales. Existen contextos tanto naturales como artificiales. El lenguaje humano se basa en la capacidad de los seres humanos para comunicarse por medio de signos. Principalmente lo hacemos utilizando el signo lingüístico. Aún así, hay diversos tipos de lenguaje. El lenguaje humano puede estudiarse en cuanto a su desarrollo desde dos puntos de vista complementarios: la ontogenia, que remite al proceso de adquisición del lenguaje por el ser humano, y la filogenia

16. Manejo de comportamiento: es una interacción continua entre el niño y el odontólogo, dirigida hacia la comunicación y educación, con el fin de calmar

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Aberastury, A. (1973) Aportaciones al psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Editorial Paidós.
2. Adelston, H. (1997). The anxious child. Brit, Dental JOURNAL 108: 345-349
3. American Academy of Pediatric Dentistry (1996-1997) Special Issue: Reference Manual. Pediatr Dent 18:40-44.
4. Ardila, R. (1970). Psicología del aprendizaje. México: Editores Siglo XXI.
5. Arguinzones, R. Capaldo, M. (1982) Cambio Actitudinal y Conductual del Niño hacia la Consulta Odontológica. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación: Tesis de Grado.
6. Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York : International Universities Press.
7. Bela, S. (1966). Diccionario enciclopédico. Buenos Aires: La Psiqué.
8. Braatoy, T. (1954). Fundamentals of Psychoanalytic Technique. New York: John Wiley & Sons, Inc.
9. Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989). Odontología Pediátrica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, S.A.
10. Breilh, J. & Granda E. (1982). Investigación de la Salud en la Sociedad Quito: Ediciones CEAS.

11. Cárdenas D (1996). Conducta y manejo del paciente Niño. Fundamentos de Odontología: Odontología Pediátrica. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
12. Cassamasino P. (1993). Maybe the last editorial on HOM. *Pediatr* 15:233.
13. Cordon, J.A. (1982). Desarrollo Psicosocial del Niño en América Latina. *Revista CERON*. Vol. 7 (3) Diciembre.
14. Craig W. (1974). Hand over mouth technique. *J Dent Child* 41:387-89.
15. D'Zurilla, T y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal Psychology*. New York.
16. Egozcue, M. (1999). *Psicología Evolutiva y Odontopediatría. Psicología y Odontopediatría*. Editorial Monserrate
17. Ellis, A. y Bernard, M. (1985). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. Plenum. New York.
18. Feigal, Robert: (1997). Manejo de la conducta del niño a través de métodos no farmacológicos *Journal of Pediatric Dentistry Practice* (Edición en español) 1 (4a): 67-77
19. Fenichel, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
20. Fields H, Machen J, Murphy M. (1984). Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr Dent* 6: 199-203.

21. Finn, Sidney: (1976). *Odontología Pediátrica*. 4ta. edición. México: Editorial Interamericana.
22. Fraga, J. (1992). *Técnicas de modificación de conducta*. Tesis mimeografiada. Facultad de Humanidades. Caracas: Escuela de Psicología de la U.C.V.
23. Frankel R. (1991). The Papoose Board and mother's attitudes following its use. *Pediatr Dent* 13:284-89.
24. Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (1982). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat, S.A.
25. Garri, V. (1980) *Introducción al Manejo de Pacientes en Pseudodoncia*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico. Recinto de Ciencias Médicas. Escuela de Odontología.
26. Garzón de, Morella: (1995) *Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica*. Caracas: Editorial Disinlimed, C.A.
27. Gómez Herrera V. (1976). El Niño. Misión Fundamental e Inmediata de la Odontología. Caracas: Revista CERON. Vol. 1 (2).
28. Gómez Herrera V. (1996). *Odontopediatría y Psicología*. Caracas: Ediciones de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.
29. Gordon D (1974). The use of modeling and desensibilization in the child phobic patient. *J Dent Child*. 41:22-25.
30. Griffen AL, Schneiderman U (1992). Ethical issues in managing the non-compliant child. *Pediatr Dent* 14: 178-83.

31. Grinberg S. (1984). First encounter of the child and dentist: An analysis of the introductory session. *J Dent Child* 51:438-40.
32. Hang pp, Hagan JP, Fields HW, Machen JB (1984). The legal status of informed consent for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 6:193-98.
33. Ingersoll B. (1984). Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients. *J Dent Child* 51:204-6.
34. Ingersoll, B.D. (1982) Behaviors management in pedodontics. En: *Behavioral aspects in dentistry*. N. Y., Appleton-Centry-crofts.
35. Janis, Y. (1958). *Psychological Stress*. New Stress. New York: Hon Wiley & Sons. Inc.
36. Johnson R. (1969). Maternal anxiety and child behavior. *J Dent Child* 36:87-92.
37. Katz, S. McDonald Jr. J. Stookey. (1975). *Odontología preventiva en acción*. México: Panamericana.
38. Kazdin, A. (1978). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.
39. Khum, B.R., Allen, K.D. (1994). Expanding Child Behavior Management technology in pediatric Dentistry: A Behavioral Science Perspective. *Ped. Dent.* 16 (1),13-7.

40. Lenis A. (1996). Eficacia de la Técnica de Distracción Contingente con Material Auditivo en pacientes de 4 a 6 años. Medellín: Tesis de Grado. Instituto de Ciencias de la Salud (CES).
41. Machen J. (1974). Desensibilization: Model learning and dental behavior in children. J Dent Res 53:83-87.
42. Maier, H. (1993). The Three Theories of the Child Development. Buenos Aires: Amorrotru Editores.
43. Martin, G y Pear, J (1999). Modificación de conducta. Madrid: Prentice Hall.
44. Masler M.(1974). La Psicología en Odontología para Niños. Odontología Clínica de Norteamérica. Serie 6, Vol. 18. Buenos Aires: Editorial Mundi, S.A.
45. Mc Donald, A. (1990). Odontología Pediátrica y del Adolescente. Cap. 18. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 5ta Edición.
46. Mc Donald, Ralph E.; Avery, David R. (1990). Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta. edición . Buenos Aires: Médica Panamericana.
47. Meichenbaum, D. (1986). Cognitive behavior modification. Kanfer & A. P. Golstein. New York.
48. Morris, Ch. (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
49. Musselman RJ. (1991). Considerations in behavior management of the pediatric dental patient. Pediatr Clin N Am 38:1309-24.

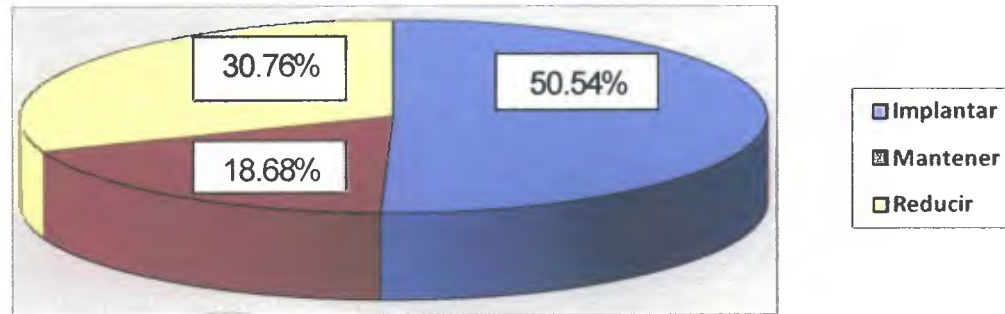
50. Papalia D, Wendkos S. (1993). El Mundo del Niño. En: Psicología del Desarrollo: De la Infancia a la Adolescencia. 5ta de Méjico: McGraw-Hill.
51. Papalia, D.E. & Olds, S.W. Desarrollo Humano. México: Editorial Mc Graw Hill. 1era. Edición.
52. Peñaranda, P. (1990). Importancia de la Psicología en Odontología. Venezuela: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Revista Acta Odontológica Venezolana. Vol 28 (2-3). Mayo-Diciembre.
53. Pfefferle, J. & Bernard, H. (1982). Fields and Child Behavior in the dental Sitting Relative to Parental Presence Pediatric Dentistry: Vol. 4 (4). December.
54. Pinkham J. (1993). The roles of requests and promises in child patient management. J Dent Child 60: 169-81.
55. Pinkham J. (1995). Voice Control. An old technique reexamined. J Dent Child 52:199-202.
56. Pinkham, J. (1991). Odontología Pediátrica. México: Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1era. Edición. Sección III. Cap. 28.
57. Pinkham, J. (1979). Observation an Interpretation of the Child Dental Patient's Behavior Pediatric Dentistry. Vol 1 (1). March.
58. Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL. (1994). Temperament as a predictor of behavior during initial examination in children Pediatr Dent 16:121-27.

59. Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid: McGraw-Hill.
60. Ribes, E. (1984). Técnicas de modificación de conducta. México: Trillas.
61. Ripa, I. & Barenie, J. (1984). Manejo de la Conducta Odontológica del Niño. Argentina: Editorial Mundi S.A.I.C y F. 1era. edición.
62. Rosemberg, H.M. (1974). Behavior Modification of the Child Dental Patient. Journal of Dentistry for Child. March-April.
63. Rubinstein L. (1983). Time-Out: An evaluation of a bahavior management technique. Pediatr Dent 5:109-14.
64. Serrano, D. (1980). Efectividad de las Instrucciones y los Elogios en el Control de la Conducta de los Niños en la Consulta Odontológica. Venezuela: Proyecto de Investigación. Universidad del Zulia. Facultad de Odontología.
65. Skinner B.F. (1970). Tecnología de la enseñanza. Barcelona. Editorial Labor. S.A.
66. Skinner, B. (1973). Tecnología de la enseñanza. Labor. Barcelona: Editorial Labor. S.A.
67. Spitz, R. (1994). El primer año de vida del niño. Colombia: Fondo de cultura económica.
68. Sulzer-Azarof, B y Mayer, R. (1983). Procedimientos de análisis conductual aplicado con niños y jóvenes. México: Trillas
69. Swallow JW, Jones JM, Morgan FM. (1975). The effect of enviroment on a child's reaction to dentistry. J Dent Child 42 : 290-92.

70. Tarnowski KJ, Simonian SJ. (1992). Assessing treatment acceptance: The abbreviated Acceptability Rating Profile. *J Behav Ther Exp Psy*;23:101-6.
71. Taylor M. (1989). Effect of length and number of appointments on children's behavior in a dental setting. *J Dent Child* 56:40-43.
72. Walter, J; Shea, T. (1987). Manejo conductual. México: Manual Moderno.
73. Weinstein, P. & Nathan, J.E. (1988). El Reto que Plantean los Niños Temerosos y Fóbicos. España: Clínica Odontológica de Norteamérica. Editorial Mc Graw Hill. Vol 32 (4).
74. Wilson S. (1995). A review of important elements in sedation study methodology. *Pediatr Dent* 17:406-13.
75. Wright G. (1987). Psychologic Management of children's Behaviors. *Dentistry for the Child and Adolescent*, 5ta de McDonald R, Avery D, Eds. Philadelphia: CV Mosby Co.

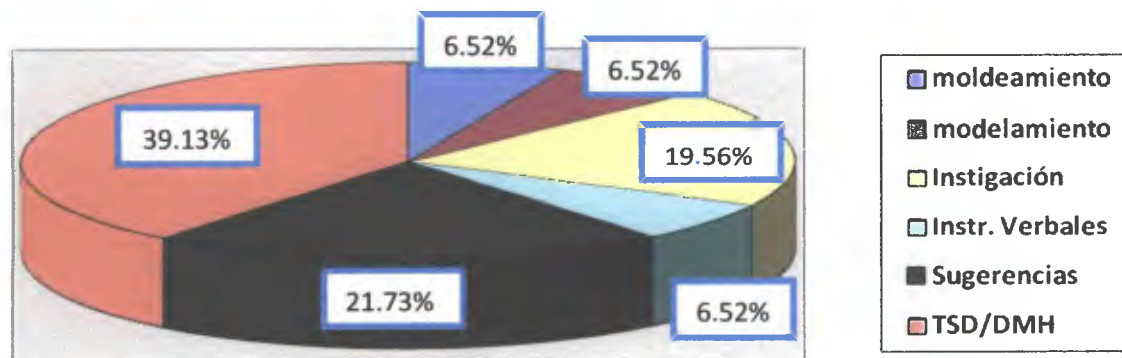
ANEXO

GRAFICA No. 1. Tipos de Técnicas de modificación conductual aplicadas según conducta de la paciente. Panamá, 2010.



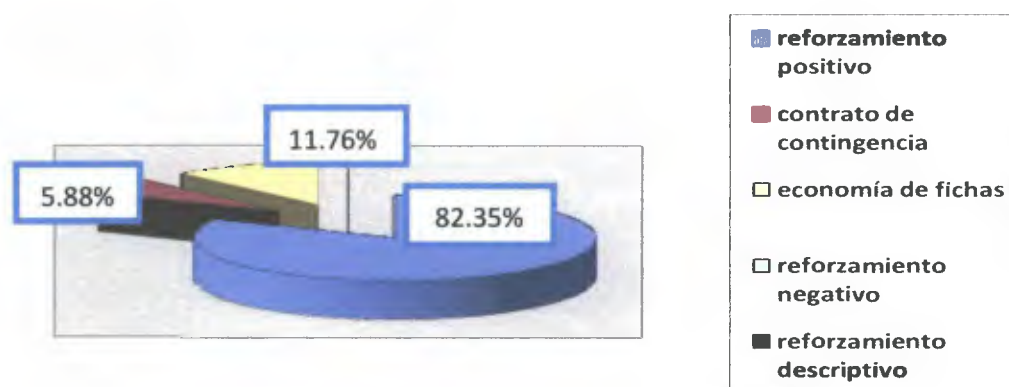
Fuente: formulario No.1 aplicado para evaluar la técnica de modificación conductual aplicada en diferentes momentos del tratamiento odontológico según la conducta de la paciente.

GRÁFICO No. 2. Técnicas de modificación conductual para implantar conductas según el comportamiento de la paciente en el consultorio odontológico. Panamá, 2010.



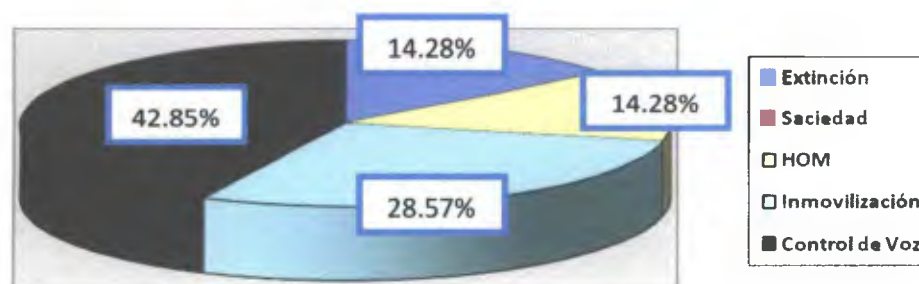
Fuente. Formulario No. 1. Manejo del Comportamiento errático del paciente pediátrico en Odontopediatría. 2010.

GRÁFICO No. 3. Técnicas de modificación conductual para mantener conductas según el comportamiento de la paciente en el consultorio odontológico. Panamá, 2010.



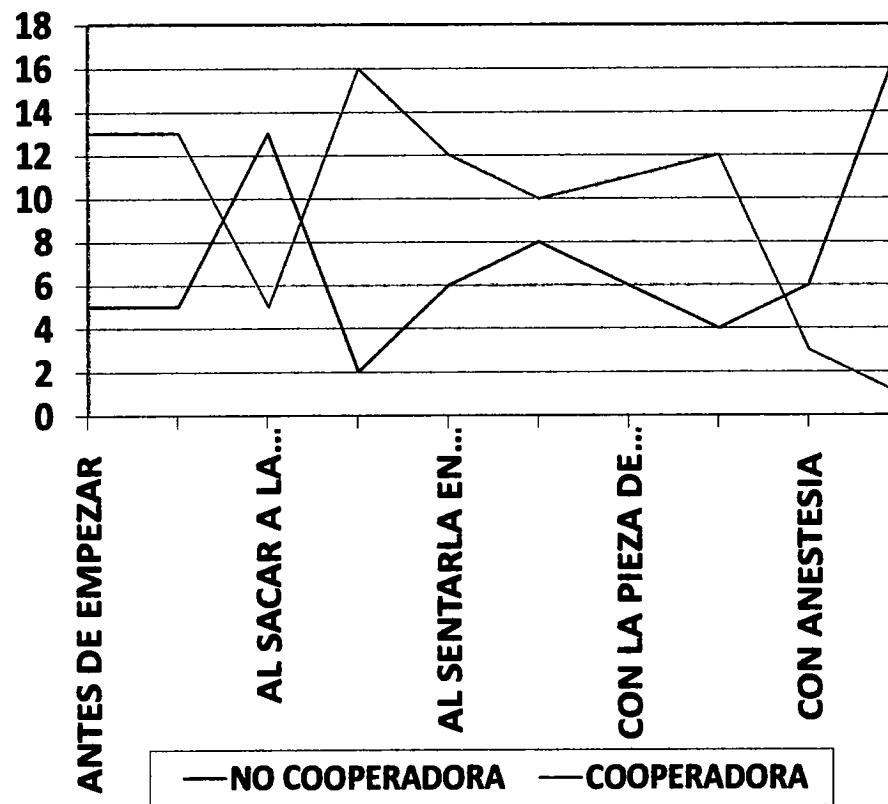
Fuente. Formulario No. 1. Manejo del Comportamiento errático del paciente pediátrico en Odontopediatría. 2010.

GRÁFICO No. 4. Técnicas de modificación conductual para reducir conductas según el comportamiento de la paciente en el consultorio odontológico.




Fuente. Formulario No. 1. Manejo del Comportamiento errático del paciente pediátrico en Odontopediatría. 2010.

GRÁFICA No. 5. Cooperación de la paciente según diversos factores inherentes a la consulta odontológica. Panamá, 2010.



Fuente Formulario No. 1. Manejo del Comportamiento errático del paciente pediátrico en Odontopediatría 2010.


Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación
y Posgrado
Maestría en Especialidades
Odontológicas

SUSTENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Dr. Maqueli Arjona R.


Manejo Odontológico
Integral del Paciente
Pediátrico con
comportamiento errático



ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Johnson R(1969). Ansiedad de la madre y el comportamiento del niño.

Fields H, Machen J, Murphy M (1984). Técnicas para el manejo conductual relacionadas con el tipo de tratamiento dental.



ANTECEDENTES DEL PROBLEMA



•Radis FG, Wilson S, Griffen AL, Coury DL (1994). El temperamento como factor predictivo del comportamiento del niño durante el examen inicial.

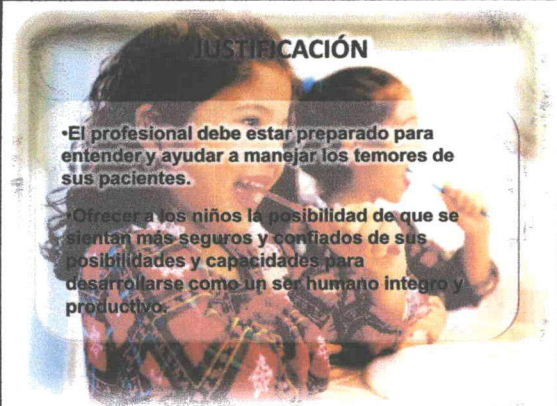
•Cadevid P. & Giaimo C. (1999). Comportamiento de niños de difícil manejo utilizando la técnica de modelado con video.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



Cómo influye la aplicación de técnicas de modificación conductual de tipo no farmacológicas, en la realización de procedimientos odontológicos integrales en una paciente de tres años de edad con comportamiento errático en el consultorio odontológico

JUSTIFICACIÓN



•El profesional debe estar preparado para entender y ayudar a manejar los temores de sus pacientes.

•Ofrecer a los niños la posibilidad de que se sientan más seguros y confiados de sus posibilidades y capacidades para desarrollarse como un ser humano íntegro y productivo.

Objetivo General



Documentar el manejo odontológico integral de paciente pediátrico con comportamiento errático por medio de técnicas no farmacológicas

Objetivos Específicos



1. Establecer el diagnóstico y Plan de tratamiento.
2. Determinar cuáles fueron las situaciones emocionales especiales que más influyeron en el comportamiento errático frente al tratamiento odontológico.

Objetivos Específicos

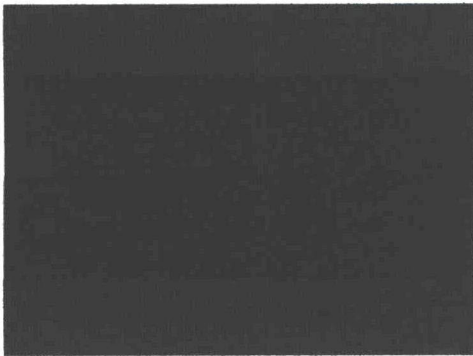


3. Explicar en qué consistió la aplicación de las técnicas de manejo conductual no farmacológicas en el tratamiento odontológico integral.
4. Explicar los resultados de los procesos odontológicos.

SUSTENTACIÓN CIENTÍFICA



"El medio mejor para hacer felices a los niños es hacerlos felices"
Cecilia Valde



LA CONDUCTA HUMANA

"Como un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable"
WAER, H. (1993.)

•Teoría de Erikson: proceso de desarrollo de los seres humanos.

•Freud: el concepto del yo. Importancia de las fuerzas sociales en su modelado y los cambios sustanciales que se producen en el proceso de maduración del niño y el adolescente.



MADURACIÓN PSICOLÓGICA



U

"El desarrollo de un organismo en función del tiempo o edad, así, nadie aprende y/o ejecuta alguna cosa sin que esté preparado para eso"

ETAPAS DEL DESARROLLO

1. *Preescolar* que abarca del nacimiento hasta los 3 años de edad.
2. *Escolar* que abarca de los 4 años a los 12 años de edad.
3. *Adolescente* que abarca de los 12 a los 15 años de edad.



ACTITUDES DE LOS PADRES, QUE AFECTAN A LOS NIÑOS

- Sobreprotección
- Sobreafecto
- Ansiedad
- Autoritarismo
- Rechazo
- Falta de Afecto
- Sobreindulgencia



TIPOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS NIÑOS



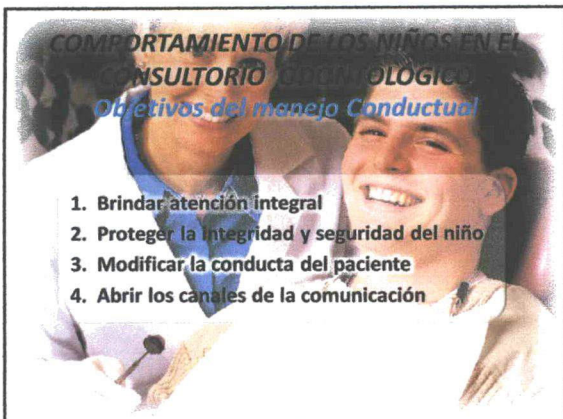
- Agresivo
- Sumiso-negligente
- Seguro de sí
- Miedoso
- Desafiante
- Cooperativo-tenso
- Lloroso

Variables que influyen en la conducta de los niños en odontología



- Ambiente odontológico
- Odontólogo
- Personal auxiliar
- Padres
- Escuela
- Antecedentes médicos dentales

COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
Objetivos del manejo Conductual



1. Brindar atención integral
2. Proteger la integridad y seguridad del niño
3. Modificar la conducta del paciente
4. Abrir los canales de la comunicación

EVALUACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN ODONTOLÓGÍA
Recopilación de la información




1. Conducta observada en la sala de espera
2. Información personal, social e histórica
 - Edad del paciente y de sus padres
 - Estado socioeconómico
 - Socialización
 - Temores más relevantes
 - Historia médico-dental
 - Experiencia de los padres

TÉCNICAS PARA EL MANEJO CONDUCTUAL
Para implantar conductas



- Moldeamiento
- Modelamiento
- Instigación
- Instrucciones verbales
- Sugerencias
- Decir – mostrar – hacer

TÉCNICAS PARA EL MANEJO CONDUCTUAL
Para mantener o incrementar conductas



1. Reforzamiento
 - Positivo
 - Negativo
 - Intermitente
2. Contratos de contingencia
3. Economía de fichas

TÉCNICAS PARA EL MANEJO CONDUCTUAL
Para reducir conductas

- 1. Extinción
- 2. Saciedad
- 3. Mano sobre boca



TÉCNICAS PARA EL MANEJO CONDUCTUAL
Para reducir conductas

- 4. Inmovilización
 - Total
 - Parcial



TÉCNICAS PARA EL MANEJO CONDUCTUAL
Para reducir conductas

- 5. Castigo
 - Físico
 - Reprimendas
 - Tiempo fuera
 - Reforzamiento de conducta incompatible



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

MANEJO ODONTOLÓGICO INTEGRAL EN PACIENTE CON COMPORTAMIENTO ERRÁTICO

Caso Clínico



Anamnesis de Paciente Pediátrica


Objetivos

1. **Obtener un diagnóstico preciso**
2. **Lograr un acercamiento entre el paciente, sus padres y el profesional**



Anamnesis de Paciente Pediátrica

1. **Datos generales**
2. **Historia familiar**
3. **Historia Médica**
 - Prenatal
 - Perinatal
 - Postnatal
4. **Historia dental**
5. **Evaluación psicológica**
6. **Examen clínico general**




Análisis facial




- Cara: **mesocefálica**
- Cabeza: **ovalada**
- Cabello: **escaso y fino**
- Orejas: **Implantación media**
- Nariz: **media**
- Labios: **medianos**
- Musculatura facial: **sin patología aparente**
- Simetría facial: **alterado**




Análisis facial



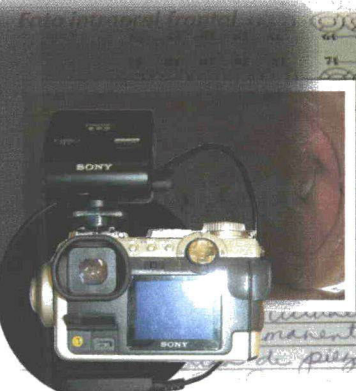
- Perfil **convexo**
- Orejas
- Asimetría de tercios faciales
- Implantación **media** de la oreja

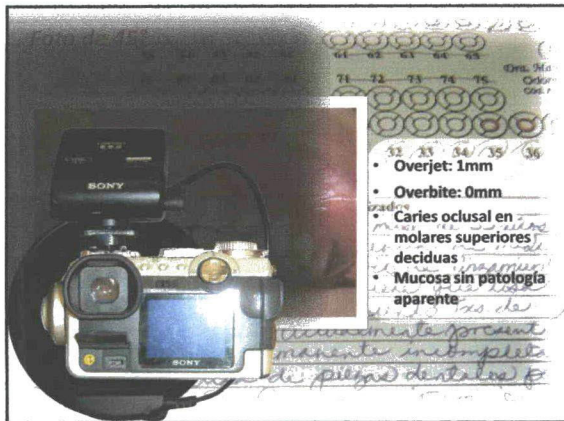


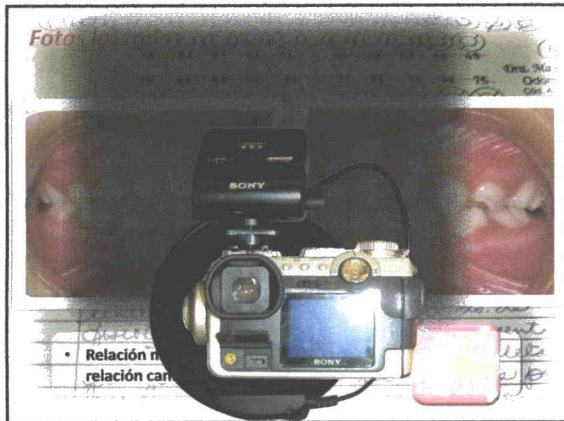
Análisis facial

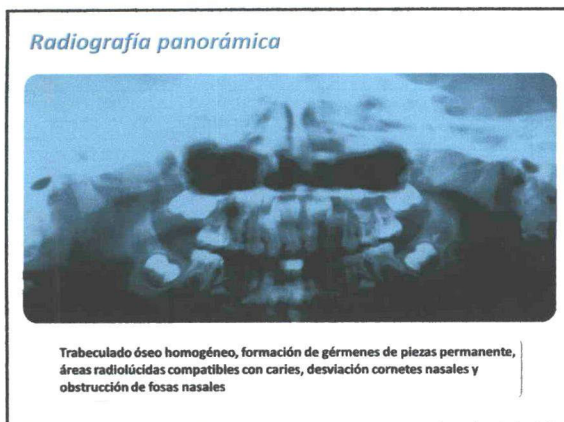


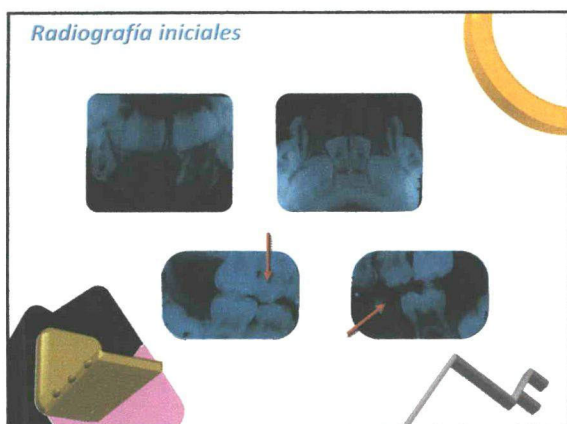
- **Dentición decidua**
- **Caries**
- **Decoloraciones**
- **Mucosa sin patología aparente**











Controles de Placa

1 Primer control de placa.
Índice de O'Leary de 45% lo que indica una deficiente técnica de cepillado.
Fecha: 5/5/2008

2 Segundo control de placa.
Índice de O'Leary de 20% lo que indica una buena técnica de cepillado.
Fecha: 5/7/2008

3 Tercer control de placa.
Índice de O'Leary de 5% lo que indica una excelente técnica de cepillado.
Fecha: 10/2/2010

DIAGNÓSTICO

Paciente en dentición decidua con escalón mesial bilateral y Clase I Canina, con caries de la infancia, gingivitis y comportamiento errático

The image shows a close-up portrait of a young child with dark hair tied back, looking directly at the camera. The child is wearing a light blue top.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Educación a la paciente y a su abuela sobre técnica de cepillado.
- Evaluación de patrón alimenticio modificación de la dieta.
- Valoración de aspectos conductuales por cita y registro de los mismos según su momento de aparición.
- Aplicación de técnicas de manejo conductual en cada una de las citas programadas

PLAN DE TRATAMIENTO

FASE I


- Interconsulta con especialista en otorrinolaringología.
- Profilaxis con aplicación de flúor. Controles de placa y evaluación de la destreza con la técnica de cepillado.
- Restauraciones con resina fotocurable
- Sellantes
- Tratamientos pulpares

PLAN DE TRATAMIENTO

FASE II

- Coronas de acero inoxidable
- Controles clínicos y radiográficos.
- Controles de higiene y aspectos nutricionales.
- Controles de crecimiento y desarrollo.
- Mantener la conducta favorable durante la atención odontológica

PRONÓSTICO



Reservado debido a la corta edad y a los antecedentes de traumas que generan la poca cooperación de la paciente en el consultorio dental

**PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS
CON LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE
MANEJO CONDUCTUAL**



PROGRAMA DE EJECUCIÓN			
CITA	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS	COMPORTAMIENTO	Técnica de manejo
5/5/08	Anamnesis y toma de registros	Entró llorando y no se dejaba atender	DMH, Modelamiento, Instigación, Instrucciones verbales, Control de voz, Sugerencias, Reforzamiento positivo
9/4/08	Toma de modelos y radiografías	Hizo un berrinche. No quería entrar en el consultorio. Se dejó atender.	IDEM
20/5/08	Profiliado y aplicación de flúor. Enseñanza de técnica de cepillado	Entró llorando pero cooperó durante todo el procedimiento	DMH, Modelamiento, Instigación, Instrucciones verbales, Control de voz, Sugerencias, Reforzamiento positivo, Economía de fichas
28/5/08	Anestesia. Restauraciones con resinas en centrales superiores.	Entró bien. Lloró desde que se le colocó anestesia hasta que se dio cuenta que no sintió dolor. Hizo un berrinche y se tiró al suelo	DMH, Modelamiento, Control de voz, Inmovilización, Mano sobre boca, Extinción.









PROGRAMA DE EJECUCIÓN			
CITA	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS	COMPORTAMIENTO	Técnica de manejo
2/6/08	Restauraciones sin anestesia de clase V con ionómero de vidrio	Entró sin llorar y estuvo calmado toda la sesión	DMH. Inmovilización. Sugerencias. Reforzamiento positivo. Contratos de contingencia. Modulación de voz.
9/6/08	Anestesia Restauraciones con resinas fotocurables en posteriores	Entró muy receptiva. Lloró con la colocación de la anestesia pero no hizo berrinche. Cooperó durante toda la cita.	Entró muy receptiva. Lloró con la colocación de la anestesia pero no hizo berrinche. Cooperó durante toda la cita.
11/6/08	Anestesia. Tratamiento pulpar de la pieza No. 84	No quería entrar. Estaba llorando y haciendo berrinches desde la sala de espera. Al entrar se calmó y cooperó durante la cita.	Decir, mostrar y hacer. Inmovilización. Extinción. Mano sobre boca. Modulación de voz.
20/06/08	Anestesia. Tratamiento pulpar de la pieza No. 54	Lloró desde que entró pero se calmó al ver que el procedimiento no le causaba dolor	DMH. Inmovilización. Extinción. Mano sobre boca. Modulación de voz. Reforzamiento positivo
17/7/08	Anestesia. Tratamiento pulpar de la pieza No. 64	Entró sin llorar. Lloró con la colocación de la anestesia. Se calmó a mitad de la cita.	Decir, mostrar y hacer. Inmovilización. Reforzamiento positivo. Mano sobre boca. Modulación de voz.

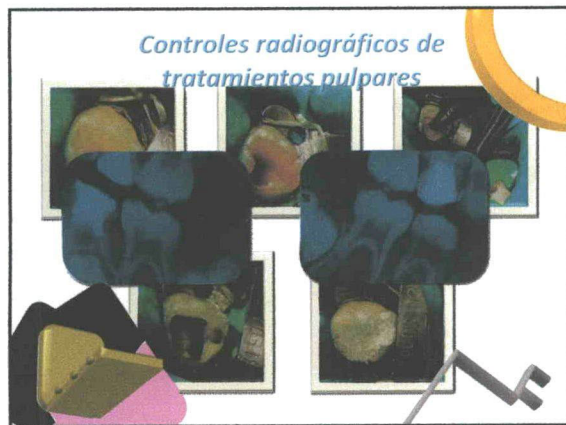




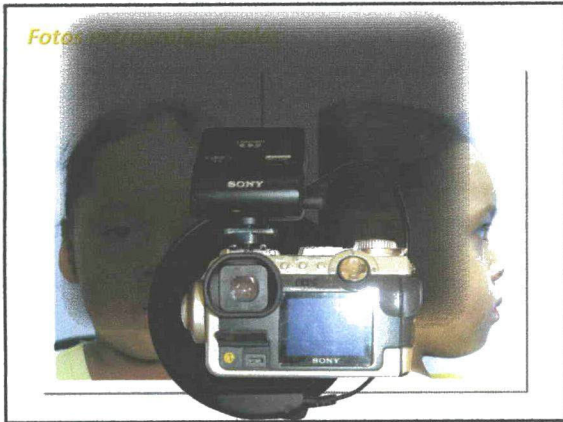


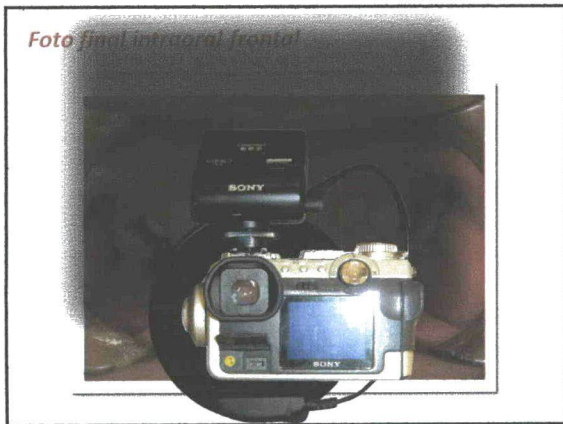


PROGRAMA DE EJECUCIÓN			
CITA	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS	COMPORTAMIENTO	TÉCNICA DE MANEJO
27/7/08	Profilaxis con flúor y toma de radiografías de control.	Entró sin llorar y se fue muy contenta	DMH. Inmovilización. Modelamiento y modulación de la voz. Reforzamiento positivo
29/8/08	Corona de acero inoxidable	Entró sin llorar y se fue muy contenta.	DMH. Inmovilización sin sujetar. Modelamiento y modulación de la voz. Sugerencias. Reforzamiento positivo
1/9/08	Corona de acero inoxidable	Entró muy receptiva y conversando. Se comportó bien y se fue muy contenta.	DMH. Modelamiento. Modulación de la voz. Reforzamiento positivo
3/9/08	Corona de acero inoxidable	Entró bien y se condujo perfectamente bien al notar que no estaba el Papoose. Se fue contenta	DMH. Modelamiento. Modulación de la voz. Reforzamiento positivo
8/9/08	Control clínico y radiográfico para las coronas de acero inoxidable	Paciente muy cooperadora toda la cita	Decir, mostrar y hacer. Sugerencias. Reforzamiento positivo.

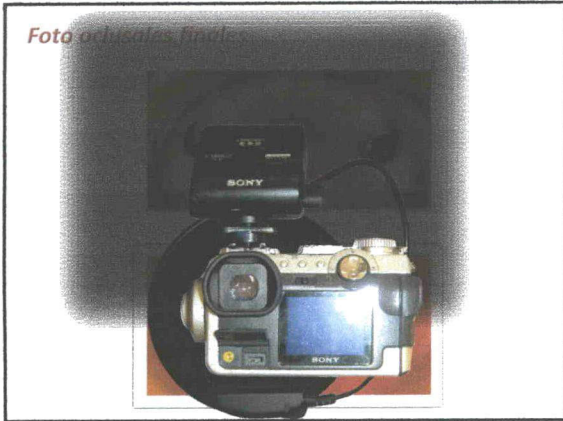


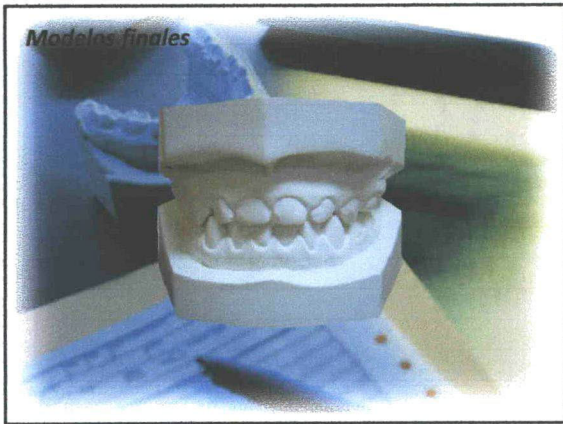


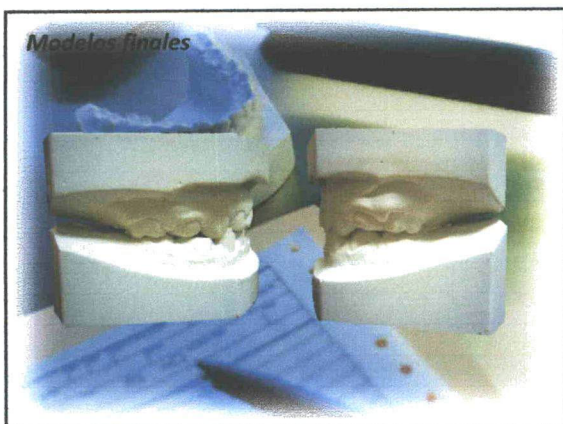














*Resultados de la Aplicación de
Técnicas
de Manejo Conductual*

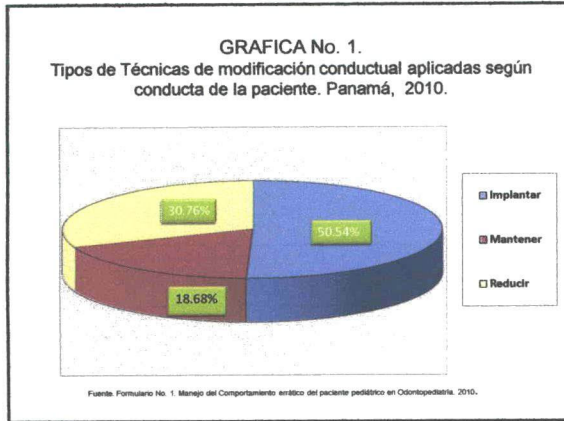
*Atención de Joselyn en el
consultorio odontológico*

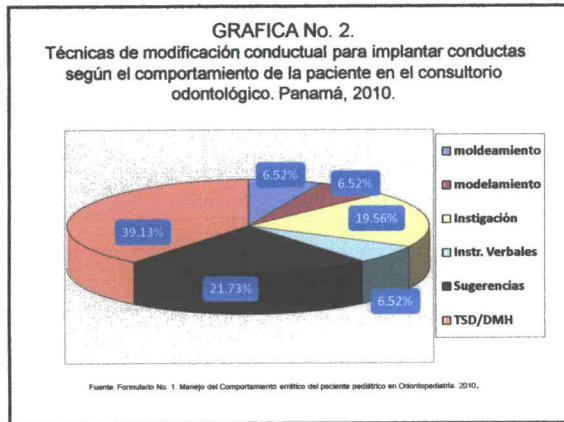
Resultados

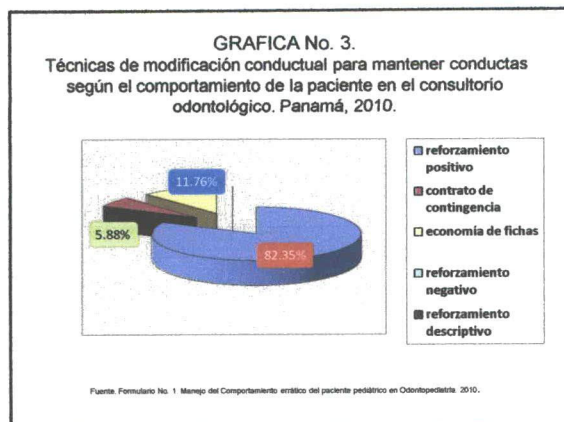
Los factores que más afectaban a la paciente fueron:

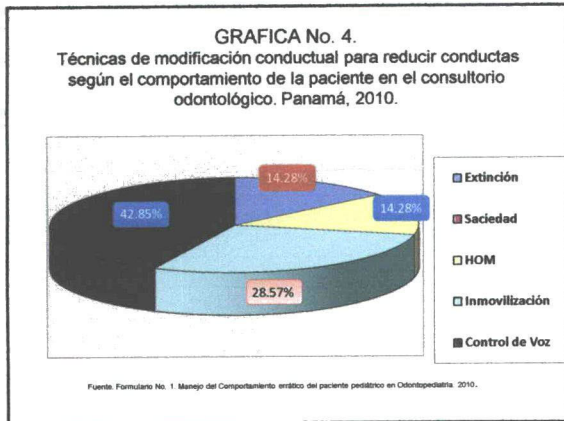
- el encendido de la luz,
- la anestesia,
- la jeringa trifuncional y
- la pieza de mano.











CONCLUSIONES

- Existen múltiples factores que condicionan el comportamiento de un paciente pediátrico en el consultorio odontológico.
- El comportamiento errático de pacientes pediátricos puede ser un impedimento para proveer tratamiento odontológico de buena calidad.
- Cualquier técnica utilizada se debe aplicar bajo parámetros establecidos.

RECOMENDACIONES

- Estar preparado para entender y ayudar a manejar los temores de sus pacientes en relación con el tratamiento.
- Considerar que el manejo de la conducta del paciente pediátrico exige manejo integral de los aspectos emocional, físico y psicológico del niño.
- Tener en cuenta la influencia de las sociedades y la familia, las consideraciones éticas y la controversia acerca de la utilización de las técnicas de modificación del comportamiento errático.



