

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS
DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE
HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y
DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO
TRATAMIENTO DIRECTO”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previa a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

AUTOR: GERMANIA VELEZ DE MOSQUERA

DIRECTORA ACADÉMICO: DRA ADRIANA AMADO

Guayaquil-Ecuador

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a la Virgen María por ser la luz y la claridad en mis acciones. Ella quien me llena de bendiciones y me da fuerzas para salir adelante.

Mi segundo agradecimiento es para mi madre Dra. Gloria Bravo Cedeño por ser mi inspiración y mi ejemplo a seguir, porque nunca me dejo caer en mis momentos de angustia y vulnerabilidad.

A mi esposo y compañero de vida, Enrique Mosquera, por respetarme, amarme y aceptar mis ideales.

A mis hijos, Diego y Frida por ser ejemplos de paciencia que gracias a ellos el trabajo fue más ameno y alegre.

Y por ultimo sin dejar de ser menos importante a todas las personas que me ayudaron tanto con sus conocimientos como su apoyo emocional e incondicional. Entre ellas mis hermanos Pierre, Chaffica, Carol, Gloria, Karina Vélez y mi fiel amiga y compañera en la crianza de mis hijos Belén Vera.

Gracias a todos desde lo más profundo de mi corazón.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las mujeres
emprendedoras y decididas. A la mujer actual
inteligente y con alto sentido de humanidad.

Por ellas y para ellas.....

Contenido

MARCO TEÓRICO.....	9
ASPECTO GENERAL DE LOS NIÑOS	9
1.1 Aspecto físico y psíquico de niños de 0 a 2 años	9
1.1.1 Desarrollo Corporal y físico.....	10
1.1.2 Desarrollo Motriz.....	10
1.2 Aspecto físico y psíquico del niño de 2 a 3 años	10
1.2.1 Desarrollo Físico.....	10
1.2.2 Desarrollo Motor.....	10.
1.2.3 Desarrollo Emocional.....	10
1.2.4 Desarrollo del Lenguaje.....	11
1.3 Aspecto físico y psíquico del niño de 3 a 4 años	11
1.3.1 Desarrollo Corporal y Físico.....	11
1.3.2 Desarrollo Motriz.....	11
1.3.3 Etapa del porque.....	12
1.3.4 Identificación como niño o niña.....	12
1.4 El niño de 4 a 5 años	13
1.4.1 Cambios psicológicos del niño.....	13
1.4.2 Imaginación	13
1.4.3 Desarrollo Cognitivo.....	14
1.4.4 Operaciones Concretas.....	14
1.5 El niño desde 7 a los 11 años de edad	14
1.5.1 Desarrollo Cognitivo	
1.5.2 Operaciones Concretas.....	15
1.6 Desde los 11 años de edad en adelante	15
1.6.1 Desarrollo Cognitivo	

CAPITULO 2: TEORIA DE PIAGET	16
2.1 CONSIDERACIONES GENERALES ENTORNO A LA TEORIA DEL PENSAMIENTO DE JEAN PIAGET	16
2.1.1 Introducción.....	16
2.1.2 El niño y su desarrollo cognitivo.....	17
2.2 CONCEPTOS BASICOS DE LAS TEORIAS DE PIAGET	17
2.2.1 Estructura.....	17
2.2.2 Organización.....	17
2.3 ESTADIOS DEL DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN PIAGTE.....	18
2.3.1 Introducción	18
2.3.2 Mención de la etapas del desarrollo cognitivo según Piaget.....	18
2.3.3 Etapa Preoperacional.....	18
2.3.4 Concepto.....	18
2.3.5 Desarrollo Cognitivo del niño de 3-7 años.....	19
2.3.6 Limitaciones en el periodo preoperacional.....	19
ESTADIO DE LAS OPERACIONES FORMALESDesde los 12 en adelante (hasta llegar a ser adulto).....	19
2.4 EXPERIMENTO DE PIAGET: METODO CLINICO Y OBJECTIVO	20
CAPITULO 3 :MIEDO Y ANSIEDAD EN LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS	21
3.1 ETAPA SEMIINDEPENDIENTE 3 AÑOS.....	21
3.2 EL LLANTO.....	23
CAPITULO 4: ORIENTACIONES PARA PADRES ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.....	24
4.1 CONTROL CONDUCTA DEL PACIENTE	25
4.2 Técnicas de control de la conducta	26
4.3 Técnica: Decir Mostrar , hacer.....	27
4.4 Factores ambientales que producen conductas determinadas en la consulta	28

4.5 LA INFLUENCIA DE LA ESCUELA.....	30
4.6 ANTECEDENTE MEDICO – DENTALES:	31
Tabla No. I:Clasificación según Frankl - Evaluación Odontopediátrica según Frankl....	32
CAPITULO 5:ESTUDIO DE MASSER	33
5.1 La importancia de la cita de adaptación pre operacional en la odontopediatria.	33
5.2 DR ARNOLD LUCIUS GESELL	34
5.2.1 Biografía.....	34
5.2.2 Área motriz.....	34
5.2.3 Área de adaptación.....	34
5.2.4 Área de Lenguaje.....	34
5.2.5 Área Personal	34
5.2.6 MATERIALES Y METODOS.....	35
5.3.1 Explanación del estudio realizado.....	35
5.4 Resultados.....	37
5.5 FACTORES QUE EXACERBAN EL DOLOR EN EL NIÑO.....	37
5.5.1 Factores intrínsecos.....	38
5.5.2 Factores extrínsecos.....	39
CAPITULO 6 : ASA.....	40
6.1 Tabla de la clasificación ASA.....	40
MATERIALES Y METODOS.....	40
CASOS CLINICOS.....	43
RESULTADOS.....	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS	

RESUMEN

Los niños cumplen un papel fundamental en nuestra sociedad. Ellos son el futuro .y para nosotros los profesionales de la salud oral es clave y necesario capacitarnos en la atención del niño paciente de odontopediatría.

Mi tesis se basa en el comportamiento del los niños en edades comprendidas entre los 3 y 5 años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación motivación y demostración versus niños que han recibido tratamiento directo.

Los objetivo de este tema es conseguir que el niño adquiera confianza y se sienta cómodo en el consultorio. Para conseguir estos objetivos usamos la técnica Ver, Tocar, Enseñar de esta forma el niño entrara en confianza con el tratamiento, explicar al niño cada procedimiento de manera breve y fácil de entender y también demostrar interactivamente los hábitos de higiene , para que el niño los pueda poner en práctica.

Se observaron 30 niños de ambos géneros y edades comprendidas entre 3 y 5 años que asistieron a las consultas odontológicas en la clínica de odontología de la Universidad Católica y en el Infa . De los cuales 15 niños recibieron sus charlas de estimulación y adaptación para la consulta en la sala de espera del consultorio y 15 niños que no recibieron dichas charlas.

Los resultados fueron muy interesante ya que podemos asegurara con una gran diferencia que los niños que recibieron la estimulación adecuado fueron niños más predispuestos a la hora de ser atendidos en el tratamiento.

PALABRAS CLAVES

Desarrollo cognitivo, tratamiento odontológico, odontopediatría.

INTRODUCCIÓN

La Odontopediatría constituye un área de la Odontología donde el dentista enfrenta los mayores retos, ya que tiene que interactuar con un ser en pleno desarrollo físico y emocional, con reacciones impredecibles y con una particular percepción de su entorno.

En esta tesis se circunscribe a investigar la influencia que tiene en el paciente pediátrico de edades comprendidas entre 3 a 5 años, las charlas y las motivaciones previas a la intervención dental. Los autores en los cuales se basa la investigación son Jean Piaget, en el ámbito cognitivo y María Salette en el ámbito conductual. El rango establecido para los pacientes pediátricos, fue considerado en función a su edad en la cual son más receptivos a las charlas y motivaciones. Dichas actividades, consisten en la puesta en práctica de la reconceptualización cognitiva acerca del miedo normal que se experimenta en la visita al odontólogo. El niño observará el instrumental y demás materiales que se utilizarán en su tratamiento, cabe acotar que se realiza una explicación en términos pedagógicos y de vocabulario descifrado para obtener un ambiente lúdico y como consecuencia el niño estará más dispuesto al operador.

Llantos, gritos, retorceduras son acciones comunes que se viven en la clínica de odontopediatría de la UCSG. La falta de colaboración de los padres y la poca preocupación por su salud oral de sus niños, darán como consecuencia un niño con miedo, resistencia para colaborar en su tratamiento dental.

Para poder entender a los pacientes, los niños, es importante que se considere la revisión del material didáctico sobre las etapas psico-cognitivas, psico-emocionales de los niños entre 3 a 5 años. Como una de las fuentes de información de ámbito psicológica y emocional este proyecto se basa en las

teorías de Jean Piaget, famoso psicólogo infantil suizo, este servirá como pautas para poder interactuar con los pacientes y así poder llegar a una conclusión.

Para finalizar, esta tesis se fundamenta en la observación del comportamiento físico- emocional de un niño-a entre los 3 a 5 años de edad que ha recibido una charla preoperatoria de motivación a la atención odontológica versus el niño a la cual se ha decidido trabajar sin explicación preoperatoria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

La relación entre el profesional y el niño puede considerarse como base fundamental para la prevención del miedo durante el tratamiento. En los niños menores de 6 años de edad, esta relación es mediada por los padres, haciendo que la misma asuma un formato triangular, principalmente cuando el paciente es incapaz de la verbalización y mantiene dependencia estrecha de la madre. La infancia es la edad que más requiere preparación psicológica por parte del profesional, y todo el desarrollo posterior del tratamiento dependerá de cómo fue la preparación inicial.

Los niños hasta los 3 ó 4 años experimentan más miedo debido a factores tales como inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre, ansiedad delante de extraños, etc., que hacen parte del repertorio de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño.

El miedo odontológico como cualquier otro miedo infantil es probablemente determinado por factores situacionales inespecíficos que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez. Así, tanto el grado de madurez del niño como los trazos básicos de su personalidad y el estado de ansiedad dependiente de esas características, contribuyen a determinar el tipo de comportamiento (cooperativo o no) en el consultorio.

El niño al expresar sus miedos puede concretizar una manera de pedir ayuda. Sentir miedo es parte de una infancia normal. Es la expresión de la necesidad de dependencia del niño, y que este ocurre en determinadas épocas de su vida y está ligado a las 4 dimensiones de desarrollo del niño: la físico-motora, la cognoscitiva, la emocional y la social.

Existen factores que pueden agravar las causas del miedo en el niño, entre los cuales se tienen:

- **Estados de salud del niño:** los niños con una experiencia médica anterior positiva tienden a colaborar más con el odontólogo. En este sentido, lo importante no es el número, sino la calidad emocional de las anteriores consultas médicas.
- **Situaciones emocionales especiales:** los desajustes familiares son aspectos importantes que debemos tener en cuenta a la hora de hacer la anamnesis. Las familias que presentan desajustes crónicos continuos determinan problemas mayores o menores en ellos, que dependen de una serie de factores, e intervienen en el comportamiento del niño en el consultorio. Los hogares destruidos pueden influir negativamente en el desarrollo de la personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inferioridad, apatía y depresión. Sin embargo, los hogares destruidos a veces son menos perniciosos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y completo desajuste. Un hogar de elevado valor para la construcción del carácter y de la personalidad, es un lugar cálido y amistoso, donde siempre se busca la felicidad y donde la sociabilidad tiene su importancia. Así, niños que provienen de familias en que ocurren constantes discusiones entre los padres, hijos de padres separados o de padres muy ocupados por problemas de trabajo o de vanidad personal, normalmente demuestran inseguridad, una cierta ansiedad en dependencia de la falta de estructuración familiar. A veces estos problemas son pasajeros por decaída momentánea en el comportamiento familiar, en esta

situación los niños han demostrado avales emocionales, los cuales pueden en mayor o menor grado provocar cambios en el comportamiento. Discusiones entre los padres, viaje prolongado de uno de ellos, nacimiento de un nuevo hermano, entre otros, son elementos que afectan el comportamiento del niño.

- **Forma en que el niño es tratado en casa y forma de comportamiento familiar:** el niño que vive en el seno de una familia miedosa, también tenderá a exagerar esta característica. Así, en familias en que se valoriza en exceso el miedo a accidentes, a ladrones, al mar, a juegos propios de niños, los más pequeños son más generalmente asustadizos y miedosos que otros niños en iguales condiciones.
- **Forma en que el niño es tratado por el odontopediatría:** la mayoría de los niños muestran un cierto grado de ansiedad y tensión al inicio del tratamiento. Este grado es mayor cuanto peores hayan sido las condiciones pretratamiento, es decir, para aquellos niños que ya pasaron por experiencias desagradables, los que recibieron informaciones distorsionadas con respecto al tratamiento, los de menos edad, aquellos que pasaron por tratamientos médicos prolongados o sufridos. A estos niños debemos proporcionarles las condiciones más favorables para que ocurra la disminución de la ansiedad y la tensión, aunque para esto tengamos que provocar cierto retraso o disminución en el ritmo de trabajo clínico. Generalmente esta ansiedad y tensión disminuyen sensiblemente con palabras tranquilizadoras de cariño, un toque físico, gestos delicados durante el tratamiento odontológico.

PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

PROPÓSITOS

El propósito de esta tesis es valorar la efectividad de las citas de adaptación, motivación y demostración a fin de conseguir que el niño adquiera confianza y se sienta cómodo en el consultorio, lo que permitirá que el odontólogo realice un trabajo no conflictivo, rápido eficaz y sin interrupciones así como obtener la atención del niño para educar sus hábitos de higiene bucal.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el comportamiento de los niños durante el tratamiento odontológico según la aplicación de citas de adaptación, motivación y demostración

Mis objetivos en este trabajo es que las autoridades de Universidad Santiago de Guayaquil se concienticen y se solidaricen con la niñez Ecuatoriana ayudando a que nuestras clínicas sean más agradable para los niños.

La presente tesis se justifica para demostrar la necesidad de realizar tratamientos odontológicos con citas de adaptación y motivación con el fin de alcanzar un mejor trabajo odontológico en términos de su no conflictividad rapidez y eficacia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales características de los pacientes que asisten a la consulta odontológica.

- Determinar cómo fue el comportamiento del niño en el ambiente odontológico.
- Determinar la relación entre el comportamiento del niño en el ambiente odontológico y las citas de adaptación.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

MARCO TEÓRICO

ASPECTO GENERAL DE LOS NIÑOS

1.1 Aspecto físico y psíquico de niños de 0 a 2 años

Peso del recién nacido es de 3500 – 4000 gramos considerado un bebe sano.

El niño reacciona a la estimulación de todos los sentidos (gusto olfato, tacto, audición, y visión.) Los padres deberán tener un vínculo de amor entre ellos y su hijo ya que a esta edad el neonato va a depender de ellos en un 100 %. A medida que ya va creciendo el infante va a desarrollar los sentimientos de fastidio o afecto hacia las personas que lo rodean es capaz de desarrollar amor y sentimientos de rechazo si hay alguien quien no le agrada. (1)

Áreas del desarrollo

Desarrollo cognitivo

Este aspecto se refiere a la adquisición y uso de conocimiento.

Desarrollo motor

Se relaciona con el movimiento, las reacciones posturales, la locomoción y la coordinación general del cuerpo.

Desarrollo socio-emocional

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Incluye las reacciones personales del niño cuando se encuentra frente a otra persona o a otros estímulos culturales, así como la adaptación a los grupos sociales y a las normas de la comunidad

Desarrollo del lenguaje

Se refiere a la estimulación de todas las conductas relacionadas con la expresión dramática, la comunicación y la comprensión de lenguaje.(1)

1.2 Aspecto físico y psíquico del niño de 2 a 3 años

Los niños que al cumplir los dos años son altos y corpulentos, en comparación con la medida de su edad, lo seguirán siendo al cumplir los cinco años, incluso las proporciones en este momento nos permiten tener una idea de la estatura y la corpulencia que alcanzara en los primeros años de edad adulta. (1) (2)

En estos meses, empieza a desarrollar y a notarse las diferenciaciones entre los sexos; el cuerpo de los varones tienen más tejido muscular, mientras que en las niñas conserva más tejido grasa.(1)

Las diferencias de fuerza y desarrollo muscular que a veces pueden observarse a esta edad se deben a diversos factores, como el estado de salud, las actividades que desarrolla, la alimentación, las horas de sueño, etc.(1)

A los dos años y medio ha adquirido equilibrio, puede correr con seguridad y saltar en puntillas con los pies juntos. Al cumplir los tres años se sostiene en un solo pie. (1),(2)

Entre los dos y los tres años los grafismos espontáneos del niño se basan todavía en unos garabatos desordenados en el papel o simplemente unos trazos

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

horizontales. Más tarde en los dos años y medio es capaz de controlar los movimientos sensomotores y dirigirlos sobre la superficie del papel.(1)

El desarrollo emocional del niño atraviesa un periodo de transición en el que desarrolla cuantitativamente los importantes logros cualitativos adquiridos en la etapa anterior. Puede ser el momento adecuado para poder analizar como va asimilando estos cambios.(1)

En el desarrollo del lenguaje se puede expresar con una adecuada perfección ya dice su nombre puede identificar a personas en un porta retrato, ya puede llamar a los animales por su nombre dicen frase de tres a cuatro palabras y comienza a utilizar los posesivos y los nombre. (1)

1.3 Aspecto físico y psíquico del niño de 3 a 4 años

Los niños de a tres a cuatro años miden aproximadamente 95cm de altura y pesan alrededor 14.5kg (2)

Su rostro ha sufrido más modificaciones y han perdido progresivamente su “cara de bebe “. La frente se ha aplanado, los relieves de la nariz se acentúan y la boca se afina. El parecido con los padres se hace cada vez más evidente.

A esta edad el niño ya ha adquirido un tono muscular; domina el equilibrio de su cuerpo, comienza a saber manejar sus gestos; ejecuta movimientos complejos para desplazarse, gatea, se arrastra, corre, escala, salta etc.

La motricidad fina requiere especial interés ya que de esta depende su destreza en la pre- escritura. Es necesario prepararlo para que al terminar el año, obtenga una buena coordinación de los movimientos de la mano, la muñeca, el antebrazo y el brazo, además de una buena coordinación VISO-MOTRIZ. (2)

Según la escala de los estadios del desarrollo cognitivo de Piaget, durante el tercer año el niño se encuentra en la etapa pre-conceptual, en la que va a permanecer hasta el final de los 4 años.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Esta nueva fase se caracteriza básicamente por la utilización del lenguaje; la construcción de símbolos y la aparición del juego simbólico.(2)

El enriquecimiento verbal que se va alcanzando a lo largo de estos tres años tiene un papel destacado en la consecución de estas importante adquisiciones

Ha alcanzado tal control y comprensión del lenguaje que puede repetir las ideas más importante de una historia corta, incluso puede inventar cuentos espontáneos.

Esta es la etapa en la que pregunta constantemente acerca del POR QUE de las cosas. Hay que tener mucha paciencia y dar respuestas satisfactorias, no hay razones para hacerlos callar.

No solo pregunta, sino que a su vez está tratando de darte explicaciones sobre todo lo que sucede.

Su vocabulario es amplio y cada vez es mejor pronunciación: se cree de 1200 a 1500 palabras en conocimiento.

Imita sonidos de animales; canta canciones, ya sabe usar frases de agradecimiento y cortesía.

Demuestra preferencia por compartir tiempo con niños de su propia edad.

Sabe quién es, conoce el nombre de sus familiares, el vecindario donde vive, su sexo el cual lo identifica con la contemplación de la desnudez en los adultos observando la diferencia anatómicas entre uno y otro sexo.(1) (2) (3)

Comparte juguetes, espera su turno y crea una que otra regla de juego

Su egocentrismo y egoísmo se reduce a medida que se le ha enseñado para ello.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

El niño será amable o agresivo según lo que vea en su casa: por ejemplo de la cortesía y del cariño o en el ejemplo de la brusquedad.

Las expresiones de afecto y cariño que con la madre premia los hábitos evacuatorios recién adquiridos por el niño hacen que este, temporalmente, se considere el objeto absoluto y exclusivo del deseo materno.(2)

El niño a través de su propio desarrollo, intenta poco a poco mejorar y extender el conocimiento del medio que lo rodea. Cada vez que logra alcanzar uno de sus objetivos, consigue también con ello un estímulo y una gratificación que le empujan a seguir investigando, por lo tanto evolucionando .(2)

1.4 El niño de 4 a 5 años

Entre los cuatro y cinco años comienza la etapa de la escolaridad, estos años van a ser fundamentales, tanto para su aprendizaje inmediato, como para su futura formación intelectual.(2)

A esta edad el niño se encuentra en un momento en el que no le es difícil adaptarse a la experiencia escolar, está viviendo una de las edades más activas, en la que necesita poder desarrollar una parte sus actividades diarias al aire libre.(2)

Casi todos los niños a esta edad procuran mantener un contacto bastante directo entre el hogar y la escuela, a la que suelen llevar juguetes u objetos personales para mostrárselos a los compañeros.(2)

La adquisición de conceptos matemáticos se siguen llevando a cabo, como en las etapas anteriores, aprovechando la necesidad natural de contar, medir, comparar y relacionar que en sus juegos y actividades comunes muestran niños.

Entre los cinco y siete años se reafirma, ante todo la idea del orden, basándose en una cualidad concreta: tamaño, forma, color etc.(1) (2)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

A partir de esta edad, el niño comienza a sentirse “mayor” puede prescindir mas de los adultos en sus juegos y empieza a organizarse con otros niños. A menudo en esta etapa lúdica, ha de inventarse un compañero de juegos ficticios a quien confiar sus impresiones

En todos los juegos de carácter simbólicos, la propia imaginación tiene un papel más importante que los elementos materiales u otros objetos, una mesa o una cama se trasformara fácilmente en un barco, un coche o un tren.(2)

Comienza en consecuencia a valorar lo bueno y lo malo ;bello y feo; mío y tuyo , viejo y joven; etc.

Las operaciones mentales son “concretas” y no formales por que no puede desprenderse de la acción. Son capaces de pensar cuando se los invita verbalmente a razonar, condición que el maestro debe tener en cuenta a la hora del aprendizaje intelectual. (3)

1.5 El niño desde 7 a los 11 años de edad

Muestran mayor capacidad para el razonamiento lógico, aunque limitado a las cosas que se experimentan realmente. Los niños pueden realizar diversas operaciones mentales: arreglar objetos en clasificaciones jerárquicas, comprender las relaciones de inclusión de clase, de serializacion (agrupar los objetos por tamaño y orden alfabético) y los principios de simetría y reciprocidad (por entre sí). Comprenden el principio de conservación, es decir, que es posible pasar un líquido de un envase alto a uno aplanado sin alterar la cantidad total del líquido.(3)

Durante la etapa de las operaciones concretas, los niños muestran una mayor capacidad para el razonamiento lógico, aunque todavía a un nivel muy concreto. El pensamiento del niño sigue vinculado a la realidad empírica. Inhelder y Piaget (1958) escribían: “El pensamiento concreto sigue vinculado

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

esencialmente a la realidad empírica... por ende, alcanza no más que un concepto de lo que es posible, que es una extensión simple y no muy grande de la situación empírica”. (3)

Los niños han hecho cierto progreso hacia la extensión de sus pensamientos de lo real a lo potencial, pero el punto de partida debe ser lo que es real porque los niños en la etapa de las operaciones concretas sólo pueden razonar acerca de las cosas con las que han tenido experiencia personal directa. Cuando tienen que partir de una proposición hipotética o contraria a los hechos, tienen dificultades. Pueden distinguir entre creencia hipotética y evidencia, pero no pueden probar las hipótesis de manera sistemática y científica.(3)

En resumen hay cuatro operaciones que el niño en la etapa de operaciones concretas es capaz de realizar.

- **Combinatoria:** Habilidad para combinar dos o más clases en una clase mayor.
- **Reversibilidad:** La noción de que cada operación tiene una operación opuesta que la revierte.
- **Asociatividad:** La comprensión de que las operaciones pueden alcanzar una meta de varias maneras.
- **Identidad y Negación:** La comprensión de que una operación que se combina con su opuesto se anula, y no cambia. Un ejemplo es que dar 3 y quitar 3 resulta en cero. (3)

1.6 Desde los 11 años de edad en adelante

Los adolescentes pasan de las experiencias concretas reales a pensar en términos lógicos más abstractos. Son capaces de utilizar la lógica propositiva para

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

la solución de problemas hipotéticos y para derivar conclusiones. Son capaces de emplear el razonamiento inductivo para sistematizar sus ideas y construir teorías sobre ellas puede usar el razonamiento deductivo para jugar el papel de científicos en la construcción y comprobación de teorías. Pueden usar un lenguaje metafórico y símbolos algebraicos como símbolos. Son capaces de pensar de lo que es real a lo que es posible, pueden pensar en lo que podría ser, proyectándose en el futuro y haciendo planes. (3)

CAPITULO 2: TEORIA DE PIAGET

2.1 CONSIDERACIONES GENERALES ENTORNO A LA TEORIA DEL PENSAMIENTO DE JEAN PIAGET

Los aportes del Psicólogo Suizo Jean Piaget y sus colaboradores que se han realizado en el campo de la enseñanza de cálculo se trata de una teoría genética del pensamiento lógico, que estudia la formación de las nociones y operaciones en el curso de su desarrollo, y no se limita a estudiar solo las características de un pensamiento aislado ni los estadios finales del desarrollo si no desconociendo los mecanismos formativos. (3)

La vasta obra de Piaget ha sido conocida ampliamente y es por eso, que vamos a valernos de sus conocimientos para hacer de esta tesis, un trabajo más completo y adaptar a la odontopediatría refiriéndonos a la interacción del niño en la sala de espera de la consulta odontológica (3)

Desde el punto de vista de odontopediatría Jean Piaget me aporta en esta tesis conocimientos básicos de Psicología para poder ayudar a los pacientes odontopediátricos ya que un niño pequeño sabe más de lo que puede expresar verbalmente. (3)

Piaget desde un principio orientó sus investigaciones psicológicas en el sentido de determinar las leyes subyacentes al desarrollo del conocimiento del

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

niño. Así fue que analizo principalmente el desarrollo de los conceptos de objeto, espacio, tiempo, causa, número y clases lógicas. Sobre la base de su actividad el niño realizaría una elaboración que lo conduce en aproximaciones sucesivas al conocimiento del mundo que lo rodea. El distingue dos tipo de actividades, uno de tipo lógico matemático y otra de tipo físico.

La actividad de tipo físico consiste en el reconocimiento de los objetos para obtener información respecto a sus principales características tales como : color , forma , tamaño y que con lleva al niño a un conocimiento “ representativo o figurativo “ de su realidad .

El sostiene que la inteligencia es siempre activa, constructiva y constituye un mecanismo de adaptación pues contribuye activamente en cualquier situación con la que el individuo este en contacto.

También asegura que la falta de las características fundamentales de la inteligencia debe partir de la investigación de los procesos aun mas fundamentales de los que se origina la inteligencia. Estos procesos son originen biológico, pues la inteligencia esta ligad a la biología en el sentido de que las estructuras biológicas que se heredan.(3)

2.2 CONCEPTOS BASICOS DE LAS TEORIAS DE PIEAGET

ESQUEMA:

Un esquema es lo que puede repetirse y generalizarse en una acción.

Según Piaget los esquemas comienza de una manera reflejo ejemplo: empujar un objeto pero posteriormente incluyen movimientos voluntarios, para luego ser estos los principios de las operaciones mentales del niño. (3) (4)

Esos cambios ocurren en una secuencia determinada y progresan de acuerdo con una serie de etapas:

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

ESTRUCTURA: Conjunto de experiencias que se han adquirido durante la vida del individuo, estas experiencias darán como resultado a lo que llamamos inteligencia y esta, se alimentan de los esquemas de acción en la cual nos referimos en el párrafo anterior.

ORGANIZACIÓN: Es una de las características que posee la inteligencia, mediante la organización somos capaces de actuar coherentemente sobre diferentes situaciones, está muy relacionado con los esquemas

Este proceso de adaptación se realiza a través de la asimilación y acomodación aunque a nivel conceptual existen diferencias entre asimilación y acomodación, es evidente que ambas no podrían separarse en la realidad de cualquier acto adaptativo.

La asimilación es el proceso por el cual cada y nueva información de la experiencia se incorpora a la estructura del organismo llamados “esquemas mentales “ya existente en el niño

La acomodación, es el proceso de transformaciones de los propios esquemas en función de los cambios del medio, es decir que las nuevas informaciones se incorporan a los esquemas modificándolo a los nuevos aspectos de la realidad, originando un nuevo esquema.(4)

2.3 ESTADIOS DEL DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN

PIAGET

Esta teoría descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. Piaget divide el desarrollo cognitivo en cuatro etapas importantes:

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Etapa SENSORIO MOTOR: Que se desarrolla en el nacimiento hasta aproximadamente 2 años

Etapa PREOPERACIONAL Se desarrolla a partir de los 3 a los 7 años

ETAPA DE LA OPERACIONES CONCRETAS: A partir de los 7 a 11 años.

ESTADIO DE LAS OPERACIONES FORMALES: Desde los 12 hasta llegar a ser adulto.(4)

ETAPA PREOPERACIONAL 3 A 7 AÑOS DE EDAD

Se describe este periodo preoperacional como la etapa para el desarrollo de las operaciones concretas, que va desde los 2 hasta los 7 años, es donde se consolida el lenguaje y podemos observar grandes progresos tanto en el comportamiento emocional y social del niño.

El lenguaje tiene una función simbólica que es la encargada de la formación de símbolos mentales que representan objetos, personas o sucesos ausentes y en gran parte se adquiere en forma de actividades lúdicas (juegos simbólicos).

El poder del juego generador ha sido ampliamente reconocido por todos. El niño juega, platica y reproduce con el juego situaciones que le han impresionado y al reproducirlas enriquece su experiencia y su conocimiento. (4)
(5)

Esta actividad lúdica en la cual ya no solo repite sino que imita y representa lo vivido, el lenguaje contribuye a la ***asimilación y acomodación de su experiencia***, transformando en el juego todo lo que en la realidad pudo ser penoso y haciéndolo soportable e incluso agradable. (4)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Para el niño el juego simbólico es un medio de adaptación tanto intelectual como afectivo.

Se puede observar limitaciones en este periodo:

- Apariencia perceptiva/rasgos no apreciable: Denominados por los aspectos de los objetos, el niño no realiza inferencia a partir de propiedades no observables directamente.
- Centración /descentración: se localiza en un solo aspecto el propio , obviando otras posible dimensiones o puntos de vista diferentes .
- Estados /transformaciones: no relaciona los estados iniciales u finales de un proceso , al ignorar las transformaciones dinámicas intermedias .
- Irreversibilidad /reversibilidad: no puede rehacer mentalmente el proceso seguido hasta volver a su estado inicial.
- Razonamiento transductivo / pensamiento lógico : establece conexiones asociadas inmediatas entre las cosas al razonar de lo particular a lo particular.(5)(6)

En esta etapa también se descubre una fuerte tendencia al egocentrismo, en la que el niño parece incapaz de aceptar otros puntos de vista que no sean los suyos.

El egocentrismo se manifiesta también en el lenguaje infantil del niño. Para el lenguaje egocéntrico tiene una única finalidad estimular el propio pensamiento y procede al lenguaje socializado.

2.4 EXPERIMENTO DE PIAGET: METODO CLINICO Y

OBJECTIVO

Unos de los experimentos más conocidos de Piaget es la conservación de líquidos.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Para realizar este experimento se mostro al niño dos vasos largos y con las misma onzas cada uno este caso 6 onzas de agua de color, luego tomamos uno de estos vasos y se traspasa la cantidad de agua a otro vaso pequeño y ancho de iguales onzas se le preguntara al niño en que vaso hay más cantidad de liquido el niños responderá que hay mas liquido donde está el vaso más largo ¿por qué le niño llega a esta respuestas? En este ejemplo se ve claramente una de la limitaciones que se encuentran en esta etapa que es la centralización cuando se le preguntaba cual tenía más liquido respondía que el más alto ignorando el resto de las características o que el contenido nunca cambio lo que se cambio fue el recipiente (5)

CAPITULO 3: MIEDO Y ANSIEDAD EN LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

3.1 ETAPA SEMIINDEPENDIENTE 3 AÑOS

Es normal que los niños a esta edad tenga miedos, después de todo la ansiedad es una condición natural que nos ayuda a hacer frente a nuevas experiencias y a protegernos del peligro.

Algunos niños tienen miedos de cosas muy específicas como los insectos, las mascotas, a la oscuridad o los sonidos fuertes como el ruido de la aspiradora, Otros le tienen miedo a nuevas situaciones o a conocer nuevas personas, pero la mayoría de esos se desvanecerán a medida que se vuelva más seguro de sí mismo y de su ambiente. (5)

Los miedos, son respuestas a estímulos propuestos en el ambiente, según aumenta su capacidad mental y crece la imaginación, estos estados van siendo cada vez mas determinados, estos se relacionan con el presente y con el futuro, están dentro de la normalidad del proceso de desarrollo del niño, y es por eso, a

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

no ser que interfieran en su vida cotidiana, no hay que darles una importancia mayor de la que tienen. En caso contrario, si el niño se mostrara continuamente inquieto y eso le impidiera llevar una vida normal, puede resultar de utilidad acudir a un psicólogo.(5)

Ya en el ámbito odontopediátrico, la mayoría de los niños tienen algún tipo de ansiedad o miedo al acudir a la consulta dental, muchas veces los padres se preguntan cómo una situación tan habitual como la de llevar a los niños al dentista puede generar tanta angustia y temor en los pequeños. Es un temor muy común y comprensible, que va desde una sensación de intranquilidad, malestar, o tensión a una actitud que puede dificultar la intervención del doctor: piernas levantadas o contraídas, lloros, negación a abrir la boca, o tapársela con la mano, apartar la cabeza para evitar colaborar con el dentista, hasta gritar, patear y apartar bruscamente la mano del especialista pero estos miedos hay que tratar de combatirlo a tiempo. (5)

Las consecuencias más evidentes de esta ansiedad, que incrementa a medida que se acerca el momento del tratamiento, son citas canceladas o perdidas, tratamientos incompletos, y riesgo de sufrir lesiones en la boca o en el labio.

Afecta principalmente a los niños en edades comprendidas entre los cinco y seis años y en mayor grado a las niñas, siendo también más intenso en niños que nunca han acudido a la consulta. Por presiones sociales **“no llores como una niña” o “los hombres no lloran”**, los niños controlan mejor el miedo o la ansiedad dental que las niñas. Estos miedos pueden tener su origen en:

Cómo el niño haya vivido la salida de sus dientes? Para los niños esto suele causar mucho miedo ya que es una experiencia nueva y casi siempre va acompañada de dolor, picazón e incluso fiebres.(6)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Cómo fue su primera visita al odontopediatra? En esta edad del niño es donde se forma los miedo al ir al odontopediatra ya sea por las herramientas que usa o por la forma en que es tratado el niño en el consultorio. Es por eso que el odontopediatra debe de utilizar técnicas que en futuros capítulos los estaré indicando

En la situación odontológica se juegan angustias primordiales dado el significado emocional de la boca y los dientes. Al ser estas experiencias en el primer año de vida, dejan su marca en el inconsciente.

Los temores que tenga la familia hacia la situación odontológica. A menudo, estos miedos son transmitidos inconscientemente al niño por los padres y están relacionados con sus propias vivencias odontológicas, que, si fueron traumáticas, despiertan en ellos fantasías paranoides.

Los miedos pueden tener distintos grados, cuando son muy intensos se pueden estructurar fobias, las que impiden la atención odontológica. En estos casos hay que trabajar interdisciplinariamente con psicoanalistas especializados en el tema.(5) (6)

3.2 EL LLANTO

El llanto es una reacción natural de esta edad frente a las situaciones que le causen miedo, desconfianza y molestias. El profesional que siempre está en busca de dar una mejor atención y de llenarse de conocimientos deberá identificar el tipo de llanto que presentase su paciente. Hay llantos que nos deja saber si el niño está cansado, lo hace como maña, o si el llanto es por dolor. Tenemos que tener en claro que el llanto a consecuencia del dolor tiene que ser respetado con la finalidad de evitar traumas para el niño. El profesional que sabe diferenciar y entender entre las necesidades del niño, vuelve la atención más comfortable, trasmite seguridad y tranquilidad a los padres. (6)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

CAPITULO 4: ORIENTACIONES PARA PADRES

ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO

ODONTOLOGICO.

La odontopediatra María Salette nos da algunas orientaciones para que los padres ayuden a los profesionales a poder trabajar en un ambiente cómodo y confiable para el paciente. (7)

- 1. Mama si usted está tranquila con seguridad su hijo estará tranquilo. Si usted está ansiosa su hijo también lo estará.*
- 2. No se preocupen si su hijo llora. A la edad de 3 años esto es un mecanismo de defensa ante algo que siente inseguridad y miedo.*
- 3. Padres sus hijos están en manos de personas que se preparan para tratar a sus hijos con el mayor respeto y cariño posible.*
- 4. El niño tiene que ser motivado y no ignorado. Al buen comportamiento hay que premiarlo.*
- 5. Hay que observar el comportamiento de los padres en la atención ya que ellos pueden hacer comentarios inadecuados tales como “No va a doler nada”, “Pare de gritar”. En caso de que esto ocurra el profesional interrumpirá y pedirá a sus padres o en tal caso a su mama que es mejor no decir nada ya que eso dificultara el procedimiento y que se abstenga a contestar solo cuando el profesional pregunte. Posteriormente cambiara de asunto preguntando a la madre si tiene algún hermanito, ¿Cómo se llama?, o desviara la atención la atención de cualquier otra forma. (7)*

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

4.1 CONTROL CONDUCTA DEL PACIENTE

Manejo de la Conducta

Uno de los autores que ha trabajado con el control conductual de los pacientes odontopediatra es el Dr. J R Pinkhan quien ha aportado contribuciones con respecto a este tema. El nos proyecta cinco ámbitos básicos para asegurar la cooperación del paciente en el consultorio odontopediatrico. (8)

Entres los ámbitos tenemos: el físico, el farmacológico, el de abversion, el orientado a recompensas y el lingüísticos .Estos temas tiene que ser conocidos por el odontopediatra ayudaran a tener un resultado eficaz.(8)

Ámbito físico

Comprende desde la inmovilización de las manos del niño ya sea por el asistente dental o su progenitor (a) y hasta el uso de sistema de subestación que usa como herramientas: cintas, sabanas con cinta, frazadas con cinturones. Otras herramientas usadas por el odontopediatra es la administración de fármacos o anestesia general, esta técnica resulta ser cara y peligrosa.(8)

Ámbito Farmacológico

En este ámbito el odontopediatra utiliza herramientas que son mas seguras y sencillas como es el caso de oxido nitroso u oxigeno.

El odontopediatra debe tener adiestramientos a la hora de la administración de estos fármacos también debe vigilarse y contar con un protocolo que garantice la seguridad del paciente

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Ámbito de Aversión

Para poder comprender este ámbito vamos a citar ejemplos cotidianos en la consulta odontopediátricas: Los padres con el fin de que el niño colabore con el odontólogo utiliza las llamadas nalgadas. El odontólogo debería evitar este tipo de técnica en la consulta odontológica.

Otra de las técnicas del ámbito de aversión es la colocación de las manos sobre la boca, esta técnica se la utiliza para callar al niño que llora o grita, el paciente debe ser observado. (8)

Estas técnicas pueden considerarse causante de eversión si se utilizan o parecen utilizarse como castigo. Es imprescindible evitarlas porque no se justifican, son peligrosas desde el punto de vista legal, y es probable que no sean efectivas. (8)

4.2 Técnicas de control de la conducta

Hay varias técnicas que puede utilizarse para controlar la conducta del niño en el ámbito odontológico la mayoría de los niños requieren esfuerzos de control mínimo recalando que la técnica de **decir, mostrar, hacer** será una buena opción para controlar las ansia “Una advertencia importante es que cada niños responde a su entorno de manera individual. Por lo consiguiente, el practicante debe ser observador y flexible en el uso de sus técnicas de manejo de la conducta y optimizar la posibilidad de un encuentro con éxito al adecuar sus selección de técnicas al estilo de actividades interactivas del paciente“. (7) (8)

Aunque la lista de técnicas no es exhaustiva, representa la mayor parte del conocimiento de origen empírico y científico con que se cuenta en la actualidad para el manejo de paciente.(8)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Se ha sugerido con base en resultados de investigación conductual y fisiológica que los tres estímulos más temido o causantes de ansiedad en el consultorio dental son la inyección de anestesia local, la aplicación del dique de goma y el inicio de la preparación dental con una pieza de mano de alta velocidad.

Es por ello que los odontopediatras deben estar preparados para estos eventuales problemas y deben de tener a su lado un asistente dental para ayudarlo sosteniendo pasivamente sus brazos un poco por encima del dorso y los brazos del paciente durante la inyección usando esta técnica el niños no se lastimara inadvertidamente.(8)

Otra de la técnicas utilizadas por lo odontopediatras es la mezcla de oxido nitroso y oxigeno , estas sustancias son utilizada en niños con angustia moderada debido a su eficacia y su administración no tiene contraindicaciones ,pero hay varios elementos que complementan para que esta técnica mejoren su eficacia como la selección adecuada del paciente, aumentar al máximo la respiración nasal , reducir la exhalación del aire por la boca durante los episodios de llanto , ajustar la sonda nasal , titulación adecuada y vigilancia clínica .(10)

4.3 Técnica: Decir Mostrar, Hacer

La técnica de decir mostrar y hacer constituye el fundamento de la fase educativa de la para introducir al paciente pediátrico dental un comportamiento relajado y tolerante. Esta técnica es sencilla y por lo general muy útil. (12)

Antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la anestesia local) es necesario explicarle al niño lo que se hará y después simular para el lo que ocurrirá exactamente antes de iniciar el procedimiento.

El uso de técnicas para el manejo de la conducta ya sean esta con objetivos de inmediatos o a largos plazo tienen como misión otorgar al paciente una experiencia lo más placentera posible ayudándolo así a obtener una respuesta

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

positiva y fomentar en el hábitos de higiene y crear en el paciente conductas de prevención.(12) (13)

4.4 Factores ambientales que producen conductas determinadas en la consulta

Como se ha explicado, en el desarrollo psicológico hay un permanente y riquísimo juego entre 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 tiene directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista; esta representadas por la influencia de sus padres, su grupo de referencia escolar y sus antecedente medico – dentales. (14) (15) (16)

- La influencia de los padres

Se puede adelantar que el dentista 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. (14)

a. Sobreafecto: situación frecuente en los padres que han tenido a sus hijos en edad avanzada en el 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 demuestra poco valor recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y rehusando a dejarles, abrazándoles o tomándoles la mano.

b. 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

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

en lo que este hace, no aceptando algunos instrumentos, adolece en resumen la falta de disciplina. (14) (15)

c. 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. (14) (15) (16)

d. Sobreansiedad: actitud observable en familias donde han ocurrido muertes, cuando los padres son 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 menor de salud, lluvia o frío, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.

e. 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. (14) (15) (16)

f. 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 ni ha sido deseada o el sexo del niño no fue deseado. El niño que vive en esta situación suele ser tímido y retraído,

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

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.

g. 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 el 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 ha enseñado a protegerse. (14) (15) (16)

4.5 LA INFLUENCIA DE 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.(17) (18)

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 mas 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. (17) (18)

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 "escalofriantes" aun auditorio muy atento. Si esta es la primera noticia de

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

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. (17) (18)

4.6 ANTECEDENTE MEDICO – 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. (19) (20)

Las técnicas de adaptación de comportamiento basado en principios científicos son un buen recurso para el odontopediatra pero también es cierto que el profesional tiene que prepararse, debe saber escuchar, tener un buen entrenamiento y bastante empatía. La manera de cómo el profesional se nota y nota al niño será un determinante en la atención según Pinkham enumero algunas técnicas de abordaje lingüístico y predominante verbales como hablar –mostrar – hacer, distracción y de sensibilización y como técnica de comunicación no verbal, el control de la voz y inmovilización parcial y la mano sobre la boca y alteraciones del cuerpo del profesional que influenciara en la comunicación verbal.(20) (21)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Tabla No. I: Clasificación según Frankl - Evaluación Odontopediátrica según Frankl

1.	Grado 1:
2.	Definidamente negativo
3.	Grado 2:
4.	Levemente Negativo
5.	Grado 3:
6.	Levemente Positivo
7.	Grado 4 :
8.	Definitivamente Positivo

Fuente: Cárdenas-Jaramillo D. FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGÍA – ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. 3era Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB. 2003; 25

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

CAPITULO 5:ESTUDIO DE MASSER

5.1 La importancia de la cita de adaptación pre operacional en la odontopediatria.

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." (25)

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 que abusa con maltratos físicos, 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 elaboró un esquema de conductas que pueden ser observadas en los niños antes y durante la consulta odontológica:** En la infancia (nacimiento a los dos años) el ambiente

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

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 total. (25)

5.2 DR ARNOLD LUCIUS GESELL

El **Dr. Arnold Lucius Gesell** fue un psicólogo y pediatra especializado en el desarrollo infantil. Su trabajo relacionado con el establecimiento de unas pautas de conducta infantil a lo largo del desarrollo, está considerado como uno de los más influyentes en la puericultura entre la década de los 40's y 50's (22) (23) (24)

A lo largo de los años se han dado diferentes teorías sobre el desarrollo de la conducta .Arnold Gesell se basaba en la observación directa de la conducta al afirmar que el desarrollo está íntimamente ligado a la maduración del sistema nervioso; y éste a su vez, a los rasgos y tendencias innatas que determinarán, en cierta medida la futura capacidad de aprender; sin excluir la influencia del medio ambiente.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Respecto del nivel descriptivo, en la materia tomamos los aportes de Arnold Gesell para la evaluación del desarrollo infantil en cuatro **áreas de la conducta**:

Área motriz: comprende desde los grandes movimientos corporales (motricidad gruesa) hasta las coordinaciones motoras finas (reacciones posturales, prensión, locomoción, coordinación corporal general y habilidades motoras específicas)

Área adaptativa: abarca todas aquellas adaptaciones de carácter perceptual, manual, verbal y de orientación, que reflejan la capacidad del niño para acomodarse a las nuevas situaciones que comprometen su relación con los objetos.

Área del lenguaje: abarca todas las conductas relacionadas con la comunicación, la comprensión del lenguaje, la expresión gestual y el habla; incluye toda forma de comunicación audible y visible. Se refiere a la comprensión y la construcción del lenguaje (por ejemplo, el uso del plural, el significado de las palabras). La dimensión comunicativa del lenguaje corresponde al área personal-social.

Área personal comprende las reacciones personales del niño hacia sus semejantes y frente a los impactos de la cultura. (22) (23) (24)

5.3 MATERIALES Y METODOS

Se observaron 90 niños de ambos géneros y edades entre 3 y 8 años que asistieron a la consulta odontológica del Hogar Clínica San Rafael (Grupo A), Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (Grupo B) y Clínica Privada del Centro de Rehabilitación Bucal (Grupo C), Municipio Maracaibo, Estado Zulia. (25) (26)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Los niños integraron una muestra dirigida y fueron seleccionados, previa autorización de sus padres o representantes, según su edad y hora de llegada al consultorio; distribuyéndose proporcionalmente en los tres centros asistenciales. La diferenciación en el lugar de atención permitió controlar la variable característica física ambiental y con cierta precisión la extracción social de la población. (25) (26)

Como unidad de información se consideraron: los niños seleccionados, los padres o representantes y los ambientes odontológicos; utilizándose para la recolección de datos dos guías de observación y una entrevista estructurada. En las guías se registraron los comportamientos observados en los niños y los rasgos físico-ambientales de los consultorios. La entrevista fue contestada por la persona que fungía como padre o representante. Previo a la recolección de información, la guía para observación de comportamientos se sometió a consideración de un panel de jueces integrado por especialistas en odontopediatría y psicología, quienes evaluaron los indicadores seleccionados y las categorías que integraron las escalas elaboradas para las características de las variables: comportamiento colaborador, agresividad y miedo en la sala de espera y área clínica. Reconociendo el juicio de los expertos se reelaboró el instrumento para observación y se entrenaron los observadores y entrevistadores -durante un período de siete días- en los criterios que definen los comportamientos a observar y la aplicación de la entrevista. Posteriormente, se procedió a la prueba piloto en un grupo, con características similares a las de la población objetivo de la investigación, de 21 niños y sus representantes que asistieron a la consulta odontopediátrica de la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. La reproductividad de las escalas de observación se determinó mediante el Coeficiente de Reproductividad y la confiabilidad y validez de la entrevista se calculó mediante el Método de Mitades Partidas y Validez de Criterio. Los resultados de la prueba piloto permitieron elaborar la entrevista definitiva y para las escalas: asignar los códigos a cada uno

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

de los subindicadores según su poder discriminativo del comportamiento observado, definir los puntos mínimo y máximo, y dividirla en tres segmentos que se denominaron: alto, medio y bajo. Se elaboraron seis escalas para observar colaboración, agresividad y miedo en la sala de espera y ambiente clínico. (26)

Los datos se agruparon en cuadros de dos o más variable y se recurrió al Test Chi Cuadrado para verificar la relación entre las variables: edad , sexo , ambiente odontológico , experiencia odontológica previa, nivel educativo , inserción social de los padres o representantes y comportamiento del niño en el consultorio odontológico. (26)

5.4 RESULTADOS

Las expresiones de no colaboración, agresividad y miedo en la sala de espera y ambiente clínico del consultorio odontológico no aparecieron asociadas al sexo de los individuos observados. En general, las diferencias no fueron significativas, aunque en el sexo masculino se observó un ligero incremento en el número de niños con puntuación Media para agresividad en la sala clínica y Alta y Media para miedo en la sala de espera.

En la relación sexo y miedo en la sala clínica, se observaron diferencias importantes entre los géneros que indican acentuación en la población femenina de las expresiones de temor al acto odontológico. Los resultados del Test Chi Cuadrado, permitieron confirmar la asociación con una probabilidad de 1×100 de rechazar la Hipótesis Nula siendo verdaderas. (25) (26)

5.5 FACTORES QUE EXACERBAN EL DOLOR EN EL NIÑO

Factores Intrínsecos

Angustia, depresión, y temor

Experiencia previa de un dolor mal controlado

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Falta de control del niño

Experiencia con otros síntomas adversos (nausea, fatiga y disnea)

Interpretación negativa del niño de la situación (27)(28)

Factores extrínsecos

Angustias y temores de padres y hermanos

Pronóstico Deficiente

Régimen de tratamiento cruento

Refuerzo de los padres de una reacción reprimida o excesiva al dolor

Prácticas deficientes del control del dolor por parte del personal de salud

Ambiente aburrido o inadecuado para la edad.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

CAPITULO 6: SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. (29) (30)

Tabla No. II. Clasificación del riesgo que plantea la anestesia según ASA

Clase I	Paciente saludable no sometido a cirugía electiva
Clase II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
Clase III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angorpepectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
Clase IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
Clase V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

	<p>no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.</p>
--	--

Fuente: Elena-Albarrán J, Ruíz Abascal R, Morillas-Sendín P. **ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LA CONSULTA DE ANESTESIA.** Revista de la Escuela de Medicina Legal. 2009. Pg.6

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

METODOLOGÍA

Se observaron 30 niños de ambos sexo, en edades entre 3 y 5 años tomados al azar. Niños de mediana clase, que viven en barrios populares, donde la asistencia odontológica es poca. Los niños que fueron tratados en su mayoría son niños y niñas que gozan de buena salud a excepción de ciertos niños de la institución Infa, (que apporto su granito de arena para que este trabajo se concluyera) niños que presentaban patologías a nivel de cerebro y muscular.

Las instituciones que prestaron sus instalaciones para estas observaciones fueron la clínica Odontológica de la Universidad Católica y el Instituto de la Niñez y la familia (Infa). El trabajo se realizo con el consentimiento de sus representantes. Se distribuyo en las 2 instituciones de la siguiente manera: Los 15 niños y niñas que fueron seleccionados para recibir sus charlas de adaptación se los hizo en la universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Los otros 15 niños que no se les brindo ninguna cita de adaptación se los atendió en las clínica odontopediatra del Instituto de la Niñez y la Familia

Para este trabajo se considero las siguientes variables: los niños y su apego con la madre, los padres o representantes y los ambientes familiares, la alimentación; utilizándose para la recolección de datos la ficha clínica y una entrevista previa.

La ficha clínica fue hecha con la recopilación de datos obtenidos de la ficha odontopediatrica del Hospital Universitario, Ficha clínica la Universidad Católica y aportes importantes de los doctores : Antonio Chedragui e Ilianna Reyes.

La técnica que se utilizo fue de Decir, Mostrar, Hacer. La técnica que se ha utilizado para esta tesis es idónea y sencilla, ya que los niños de esas edades son

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

mas dispuestos, receptivos al aprendizaje con la finalidad su acercamiento al dentista.

La metodología que mas influyo en esta observación se obtuvo de los libros de la autora Maria Salette y del Dr Pinkham.

El periodo en que se realizo fue desde Diciembre hasta marzo del 2011.

Las charlas de adaptación fueron dadas en forma personalizada y forma grupal.

Para los pacientes de la Universidad Católica que recibieron talleres de adaptación y charlas pre operatorio se trabajo en el siguiente orden:

- Entrevista con los padres
- Entrevista con los niños o-y niñas
- Introducción de la técnica decir, mostrar hacer

Una vez que los pacientes estén el sillón se anoto todo el comportamiento de ellos.

Las charlas y los talleres en grupo fueron realizadas en el patio de la clínicas. En estas charlas se realizaron las siguientes actividades: Fisioterapia de la higiene bucal, aplicación de la técnica Mostrar, Decir, Hacer con los instrumentos básicos del dentista (espejo, cucharilla, pinza algodонера, explorador), también cabe acotar que se realizaron actividades en forma lúdicas con premiación (cepillo dental, pasta dental 50 ml, stickers y varios)

Los niños que no recibieron la estimulación ni sus charlas de adaptación antes de su tratamiento nos basamos:

- Entrevista con la mama o con su papa
- Obtención de datos de la ficha clínica
- Apuntes sobre el comportamiento del paciente después de su comportamiento.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Una vez obtenida la información requerida se la aplico en la tabla según Frankl.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

CASOS CLINICOS CON CHARLA REALIZADOS:
EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL



Fig.No.1.1: Secuencia del abordaje inicial de un niño en la primera infancia . Técnica hablar- mostrar – hacer

Fuente: Germania Vélez Bravo.

Guayaquil – Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fig. No. 1.2: El profesional se coloca el gorro, así el paciente observa la “transformación”

Fuente: Germania Vélez Bravo.

Guayaquil – Ecuador

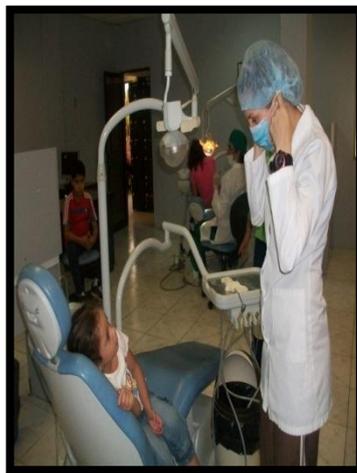


Fig.No. 1.3: El profesional se coloca la mascarilla

Fuente: Germania Vélez Bravo

Guayaquil – Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fig.No.1.4: El profesional se coloca a cierta distancia con el objetivo de acercarse al niño paulatinamente.

Fuente: Germania Vélez Bravo

Guayaquil- Ecuador



Fig. No. 1.5.- Fig. No. 1.6: El profesional a cierta distancia inicia la presentación de instrumental y el equipo

Fuente : Germania Vélez Bravo

Guayaquil – Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fig. No. 1.6:

Fuente: Germania Vélez Bravo.

Guayaquil- Ecuador



Fig.No.1.7 – Fig.No. 1.8 – 1.9 : Después de que el paciente sigue en el sillón el acondicionamiento debe continuar.

Fuente: Germania Vélez Bravo.

Guayaquil – Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fig. No. 1.8:

Fuente: Germania Vélez Bravo.



Fig. No. 1.9

Fuente: Germania Vélez Bravo

Guayaquil – Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

**CASOS CLINICOS SIN CHARLAS DE ADAPATACION
REALIZADOS EN EL INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y LA
FAMILIA**

INFA



Nombre :Luis Alfredo Vera

Edad: 5 años

Caso : profilaxis

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fuente : Germania Velez Bravo

Guayaquil- Ecuador



Fuente : Germania Velez Bravo

Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

RESULTADOS

Los 30 niños fueron observados en el transcurso de 3 meses y evaluados para poder obtener unas estadísticas. La finalidad de este trabajo es que la atención a ellos sea mas cordial y efectiva. Según los datos obtenidos se registra lo siguiente:

Sexo predominante: Hombres 63%

Mayoría en edad: 5 años con un 47 %

Condición Social : Pobre

Clasificación según Frankl: Definitivamente Positivo

Niños con charla 53%

Sin Charla 73 % Definitivamente Negativo

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

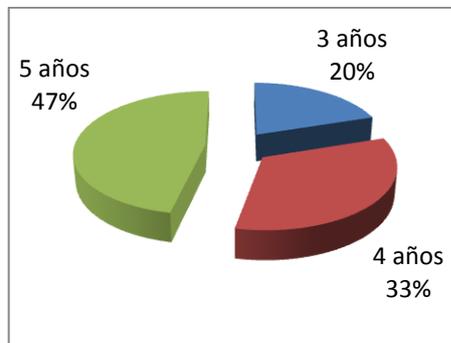
Tabla III. Características de los pacientes

Variable	Pacientes con Charlas (N=15)		Pacientes sin Charlas (N=15)		Total		p
	Frecuencia (N=30)	Porcentaje	Frecuencia (N=30)	Porcentaje	Frecuencia (N=30)	Porcentaje	
Edad							
3 años	3	20,0	3	20,0	6	20	ns*
4 años	4	26,7	6	40,0	10	33,3	
5 años	8	53,3	6	40,0	14	46,7	
Sexo							
Masculino	9	60,0	10	66,7	19	63,3	ns*
Femenino	6	40,0	5	33,3	11	36,7	

*ns = Sin significancia estadística

Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRESIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

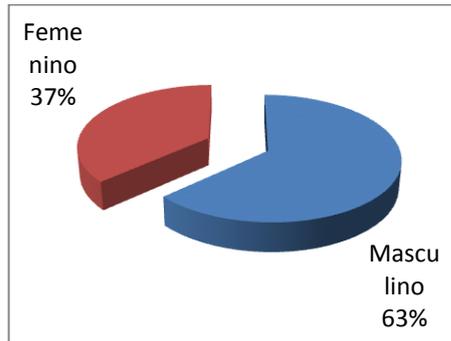
Fig. No. 1: Edad de los pacientes



Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRESIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

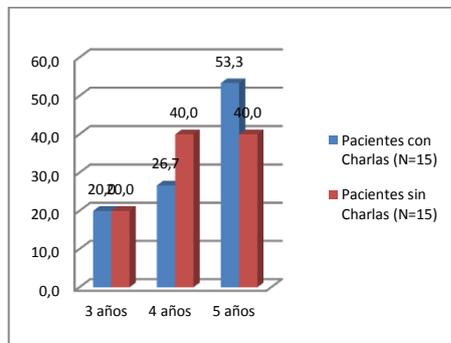
Fig. No 2: Sexo de los pacientes

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

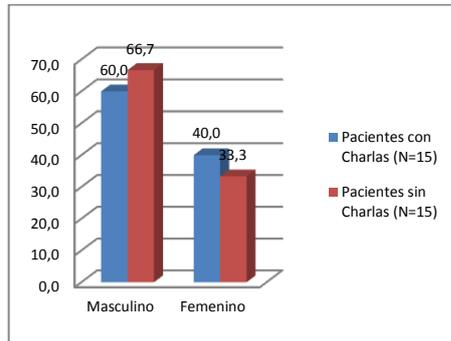
Fig. No. 3: Edad de los pacientes según charlas



Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

Fig. No. 4: Sexo de los pacientes según las charlas

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

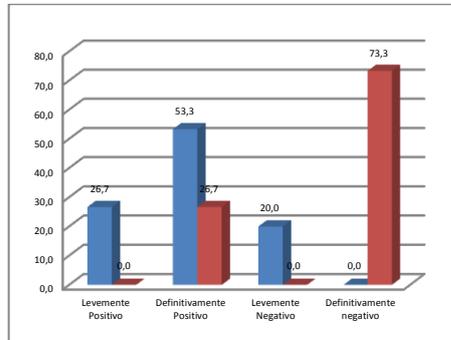
Tabla No. IV: Evaluación odontopediátrica según Frankl

Variables	Pacientes con Charlas (N=15)		Pacientes sin Charlas (N=15)		Total	
	Frecuencia (N=30)	Porcentaje	Frecuencia (N=30)	Porcentaje	Frecuencia (N=30)	Porcentaje
Levemente Positivo	4	26,7	0	0,0	4	26,7
Definitivamente Positivo	8	53,3	4	26,7	12	50,0
Levemente Negativo	3	20,0	0	0,0	3	20,0
Definitivamente negativo	0	0,0	11	73,3	11	73,3

Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Fig. No 5: Evaluación Odontopediátrica según Frankl



Fuente: Vélez G, COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS CINCO AÑOS DURANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL QUE HAN REALIZADO CITAS DE ADAPTACIÓN, MOTIVACIÓN Y DEMOSTRACIÓN VS NIÑOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DIRECTO. Tesis de grado. Universidad Católica. (2011)

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al terminar esta tesis se concluye que:

- No existe una influencia del sexo y la edad con la conducta de pacientes durante el tratamiento odontológico.
- Existen mejoras significativas con respecto a la conducta de los niños durante el tratamiento odontológico cuando han sido preparados para su tratamiento.
- Los niños que recibieron las citas de adaptación tuvieron un mejor comportamiento durante el tratamiento odontológico.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se recomienda que:

- Se utilicen las citas de adaptación, motivación y demostración en los niños que asisten al tratamiento odontológico en la Universidad Católica de Guayaquil.
- Se socialicen los datos obtenidos en la tesis con los demás odontólogos a fin de obtener mejores resultados y lograr que nuestra clínica se destaque entre las clínicas odontopediátricas de la ciudad.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

BIBLIOGRAFÍA:

1. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comp.) **DESARROLLO PSICOLÓGICO Y EDUCACIÓN.** (2ª edic. Renovada). Madrid: Editorial Alianza, 2000 cap. 3, pp. 103-132.
2. Feigal, Robert: (2007). **MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO A TRAVÉS DE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS,** Journal of PediatricDentistryPractice (Edición en español) 1 (4a): 67-77
3. J. A. Castorina y A. Lenzi (comps) **LA FORMACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOCIALES EN LOS NIÑOS.** Barcelona.Gedisa.(2000)
4. Rodrigo, M.J.) **DESARROLLO INTELECTUAL Y PROCESOS COGNITIVOS ENTRE LOS 2 Y LOS 6 AÑOS.**En: J. Palacios, et al., cap. 7, pp. 201-22(1999).
5. Calderon VI, Sanchez P. ,Suarez M **ESTIMULACIÓN TEMPRANA GUÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO** editorial Euroamericana de ediciones internacional .2001:14 -38
6. Rappaport, C.R; da Rocha Fiori, W.; Herzberg, E. **A INFANCIA INICIAL:OBEB E SUAMAE.**Sao Paulo: EditoraPedagogica e Universitaria Ltda., 2005.p 25-26
7. Nahas.M.S – **ODONTOPEDIATRIA EN LA PRIMERA INFANCIA ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO EN LA ATENCIÓN ODONTOPEDIATRICA.** Editorial LivrariaSantos 2009. p.127- 159
8. PINKHAM, **ASPECTO NO FARMACOLÓGICO DE LA PERCEPCIÓN Y EL CONTROL DEL DOLOR .**Odontología Pediátrica (.3edicion). 2004 p. 77- 88
9. Nahas.M .S ,SCHMITT.R.SKIN.S.Y **SALUD BUCAL DEL BEBE AL ADOLECENTE. EDUCACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL PACIENTE** Editorial LivrariaSantos, 2009 p257- 258
10. Guerrero.G **EL JUEGO COMO ACTIVIDAD BÁSICA PARA EL APRENDIZAJE DEL CALCULO,** Monografía 2007 p. 1 – 10. .

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

11. **COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO.** Revista Odontologica Cubana ,2006 pp35
12. Boj Juan, **ODONTOPEDIATRIA, EDITORIAL RIPANO,**2010 p261-268
13. Valdes, D **PSICOLOGÍA COGNITIVA Y EDUCACIÓN** Editorial AIQUE Educación 2009.2 – 10
14. Braham, Raymond, Morris, Merle: . **ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.** 2007 p123-124
15. Ferreira Luis, **ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA, EDITORIAL RIPANO, S.A** 2010 p13-19
16. Finn, Sidney: **ODONTOLOGIA PEDIATRICA.** 4ta. edición. Editorial Interamericana. México.2004 p 201-206
17. **PSICOLOGÍA INFANTIL Y JUVENIL,** Oceano multimedia editorial grupo Oceano 2006 p 76 – 87
18. **PEDAGOGIA Y PSICOLOGIA INFANYIL .** Editorial Oceano pag.7- 28 2006
19. Volpocelli L.**LA VIDA DEL JUEGO.** Editorial Estrada p 56,59,76. 2007
20. **BIBLIOTECA PRACTICA PARA PADRES Y EDUCADORES,** editorial Embega p.49 -45 2006
21. Lino, A. **ODONTOPEDIATRIA PREVENTIVA BÁSICA.** Sao Paulo: Artes Medicas, 2006
22. Mabel CondemarinG.,MarianaChadwickW **MADUREZ ESCOLAR.** Manual de evaluación y desarrollo de las funciones básicas para el aprendizaje escolar.. Editorial Andres Bello pp 35, 36, 37, 38. 2005
23. **LA FAMILIA: EL MARCO DE REFERENCIA** Editorial Nauta 2003 pp 5, 6,7,8,9,10,11.
24. Programa Nuestros Niños. El referente Curricular de la Educacion Inicial para niños de 0 a 5 años .pp4 p7 2002
25. Van Der Laan, T. **A IMPORTANCIA DE LA AMAMANTACION PARA EL DESENVOLVIMIENTO FACIAL INFANTIL.** Pro-fono Revista de Acrtualizacion científica v. 7 pp1-4 , 1995.

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

26. SantAnna ,G.RCUADERNO DE ODONTOPEDIATRIA – Abordaje en la Clinica. Sao Paulo : Ed. Santos , 2001
27. Postnak, L. ; Ramos , M. E **AGORA, O QUE FAZER? A DIFÍCIL ARTE DE CRIAR OS FILHOS.** Sao Paulo: BestSeller, 2008.
28. Rappaport, C.R; da Rocha Fiori, W.; Herzberg, E. **TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO.** Sao Paulo: EditoraPedagogica e Universitaria Ltda., 2008
29. Elena-Albarrán J, Ruíz Abascal R, Morillas-Sendín P. **ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LA CONSULTA DE ANESTESIA.** Revista de la Escuela de Medicina Legal. 2009. Pg.6
30. .Hook, S. A. Early dental journalism: **A MIRROR OF THE DEVELOPMENT OF DENTISTRY AS A PROFESSION.** Journal of the American Dental Association, 73 (4), 345-351. 1945
32. C.Vázquez, A.I.deCos, C.López-Nomdedeu**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN-** Manual teórico-práctico
33. Pulgar, R.; Lucena, C.; Olivares, R.; Navajas, J.M. **LA INVESTIGACIÓN EN OPERATORIA DENTAL** en España: Análisis de las publicaciones españolas en MEDLINE (1995-2000). RCOE – Revista del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos, 2001, vol. 6 (4), 435-447.
34. Klanjer, H . A auto – **ESTIMULACIÓN PARA EL BEBE.** Rio de Janeiro : Marco Zero, 2001
35. Nahas Pires Correa, M.S .**CASOS NO ATENDIDOS POR ODONTOPEDIATRAS. SAO PAULO.** Ed. Santos 2002 pp35-40
36. Rappaport, C.R. ;daRochFiori, W. ; Herzberg, E. **TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO.** Sao Paulo: Editora Pedagogica 2003 pp36-45

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

ANEXOS

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

PRIMERA CHARLA ODONTOLOGIA PARA LOS NIÑOS Y LOS PADRES
REALIZADO EN LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL EL DIA 12 DE FEBERO DE 2011.



Fuente: Germania Velez Bravo

Guayaquil – Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

SEGUNDA CHARLA PARA PADRES Y NIÑOS. ENERO 2001



Fuente: Germania Vélez Bravo
Guayaquil- Ecuador



Fuente: Germania Vélez Bravo
Guayaquil- Ecuador



Fuente: Germania Vélez Bravo
Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fuente: Germania Vélez Bravo

Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fuente: Germania Vélez Bravo
Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Nombre : Elkin Arreaga

Edad: 5 años

Caso : profilaxis con previa charla



Fuente: Germania Vélez Bravo
Guayaquil- Ecuador



Fuente: Germania Vélez Bravo
Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Nombre :Danna Romero

Edad:5 años

Caso :profilaxis con charla previa



Fuente: Germania Vélez Bravo.

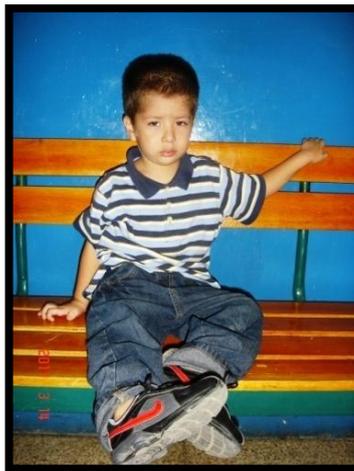
Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Nombre: Jefri Kinde

Edad: 3 años 8 meses

Caso : profilaxis sin charla previa



Fuente: Germania Vélez Bravo.

Guayaquil- Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”



Fuente; Germania Velez Bravo

Guayaquil-Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

Nombre :Cristopher Mendoza

Edad: 5 años y 6 mese

Caso : profilaxis



Fuente; Germania Velez Bravo
Guayaquil-Ecuador



Fuente; Germania Velez Bravo
Guayaquil-Ecuador



Fuente; Germania Velez Bravo
Guayaquil-Ecuador

“Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo”

HISTORIA CLÍNICA ODONTOPEDIATRÍA

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: _____
 Lugar y fecha de nac. _____ C.I.: _____ Edad: _____
 Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Ocupación actual: _____
 Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Ocupación actual: _____
 Dirección de habitación: _____ Telf. _____
 Dirección de trabajo (representante): _____ Telf. _____
 Nombre de un familiar cercano: _____ Telf. _____

DATOS GENERALES

Motivo de consulta: _____ Motivo: _____
 Última visita al odontólogo: _____ Experiencias anteriores con el Odontólogo: _____
 Referido por: _____

Habitos Alimentarios

Carbohidratos	<input type="checkbox"/>	Verduras	<input type="checkbox"/>	Frutas	<input type="checkbox"/>	Carnes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dulces	<input type="checkbox"/>	Grasas Saturadas	<input type="checkbox"/>	aceites	<input type="checkbox"/>			

* Antecedentes Personales:

Enfermedades: _____
 Accidentes: _____
 Vacunas: _____
 Problemas en el embarazo o parto: _____
 Esta tomando actualmente algún medicamento: si no Cuál?: _____ Reacción al anestésico: _____

ALERGÍAS: _____

Salud Bucal Madre: B R M Salud Bucal Padre: I Salud Bucal Hermanos B R M

Aspecto Físico

Aspecto Psicomotor

Lactancia Pecho si no Tiempo: _____ Biberón si no Tiempo: _____
 A que edad Gateo: _____ Camino: _____ Habló: _____ Salíó primero diente: _____ Cual: _____
 Temperamento: _____ Inquieto _____ Pasivo _____ Deprimido _____ Colaborador _____
 Miedos y/o Fobias _____ a qué? _____

ENCUESTA PSICOAMBIENTAL

ADLER: _____ Hnos. Menores: _____ Hnos. Mayores: _____
 M.A. Hogareño: _____
 Características afectivas: _____ Personalidad y carácter: _____
 Desarrollo social: _____ Miedos: _____
 Nombre del colegio: _____ Grado: _____
 Actividades extra escolares: _____

Evaluación Odontopediátrica según Frankl

Grado 1:	<input type="checkbox"/>
Definidamente negativo:	<input type="checkbox"/>
Grado 2:	<input type="checkbox"/>
Levemente negativo:	<input type="checkbox"/>
Grado 3:	<input type="checkbox"/>
Levemente Positivo:	<input type="checkbox"/>
Grado 4:	<input type="checkbox"/>
Definitamente Positivo:	<input type="checkbox"/>

Firma del representante: _____

"Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo"

HISTORIA CLÍNICA ODONTOPEDIATRÍA

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombres: _____ Sexo: _____
 Lugar y fecha de nac. _____ C.I.: _____ Edad: _____
 Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Ocupación actual: _____
 Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Ocupación actual: _____
 Dirección de habitación: _____ Telf. _____
 Dirección de trabajo (representante): _____ Telf. _____
 Nombre de un familiar cercano: _____ Telf. _____

DATOS GENERALES

Motivo de consulta: _____
 Última visita al odontólogo: _____ Motivo: _____
 Experiencias anteriores con el Odontólogo: _____
 Referido por: _____

Habitos alimentarios

Carbohidratos				Dulces - Grasas Saturadas.
Proteínas				
Frutos				
Carnes				

Antecedentes Personales:

Enfermedades: _____
 Accidentes: _____
 Vacunas: _____
 Problemas en el embarazo o parto: _____
 Esta tomando actualmente algún medicamento: si no Cuál?: _____

ALERGIAS: _____ Reacción al anestésico: _____
 Salud Bucal Madre B R M Salud Bucal Padre B R M Salud Bucal Hermanos B R M

Desarrollo psicomotor: **ACDD**
 Lactancia Pecho si no tiempo _____ biberón si no tiempo _____
 Gateo Camino Habla

Aspecto Físico:

Lactancia Pecho si no tiempo _____ Biberón si no tiempo _____
 A que edad Gateo: _____ Camino: _____ Habló: _____ Salió primero diente: _____ Cual: _____

ENCUESTA PSICOAMBIENTAL

ADLER: _____ Hnos. Menores: _____ Hnos. Mayores: _____
 M.A. Hogareño: _____
 Características afectivas: _____ Personalidad y carácter: _____
 Desarrollo social: _____ Miedos: _____
 Nombre del colegio: _____ Grado: _____
 Actividades extra escolares: _____

Firma del representante: _____

"Comportamiento de los niños en edades comprendidas entre los tres y los cinco años durante el tratamiento odontológico en el que han realizado citas de adaptación, motivación y demostración vs niños que han recibido tratamiento directo"

FICHA CLÍNICA No. _____


 SISTEMA HOSPITALARIO DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD DE GUATEMALA
Unidad de Odontología

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____ SEXO: F M Fecha

Fecha nacimiento _____ Edad en años Apodo _____

Dirección _____ Barrio: _____ Telf: _____

Nombre del padre _____ Profesión _____ Ocupación _____

Nombre de la madre _____ Profesión _____ Ocupación _____

MOTIVO DE LA CONSULTA

POR:

DOLOR Dónde _____

ESTETICA Cuáles _____

PROBLEMAS:

FUNCIONALES Cuáles _____

TRAUMATISMOS Cuáles _____

CARIES ASIMETRIA

CONTROL OTROS _____

CONSULTA:

POR INICIATIVA DE LOS PADRES

DERIVADO POR OTRO PROFESIONAL

Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____ Foto _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

HEREDITARIOS

Describir _____

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO

PROBLEMAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

SI NO

ENDOGENOS

Especificar _____

EXOGENOS

Especificar _____

ANTECEDENTES DEL NIÑO

DATOS NEOMATOLÓGICOS

NACIO SANO

SI NO

Especificar _____

LACTANCIA MATERNA

SI NO

Duración en meses _____

ALIMENTACIÓN PRIMEROS 5 AÑOS

• CALIDAD

Papas

Azúcar

Miel

Cereales

Leche

Carnes

Huevo

Pescado

Legumbres

Verduras

Frutas

Aceites o grasas

• FRECUENCIA:

Desayuno

Almuerzo

Cena

• ENTRECOMIDAS

NO SI

Frutas

Dulces

HIGIENE BUCAL

¿Cepilla sus dientes?

NO SI

CON AYUDA SOLO

Frecuencia 1 2 3 4 más

Consultas anteriores NO

SI

Comportamiento:

bueno

regular

malo

TIPO CONSTITUCIONAL

ASTÉNICO

ATLÉTICO

PÍCNICO

FASCI ES

NORMAL

ADENOIDEA

DOLOROSA

OTRAS

Especificar: _____
