



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “ODONTOPEDIATRÍA”

**“USO DE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA, PARA EL TRATAMIENTO
DENTAL EN NIÑOS, POR ODONTÓLOGOS COLEGIADOS
DE LA CIUDAD DE SUCRE”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: Carmen Lourdes Arriola Gareca

SUCRE - BOLIVIA

2015



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “ODONTOPEDIATRÍA”

**“USO DE TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA, PARA EL TRATAMIENTO
DENTAL EN NIÑOS, POR ODONTÓLOGOS COLEGIADOS
DE LA CIUDAD DE SUCRE”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magister en
“Odontopediatría”**

***MAESTRANTE:* Carmen Lourdes Arriola Gareca**

***TUTORA:* Dra. Mónica Valdivieso Vargas M.**

SUCRE - BOLIVIA

2015

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a Dios, al Señor de la Divina Misericordia y la Virgen María, quienes iluminaron y me dieron la confianza necesaria para la conclusión de esta tesis de maestría, en Odontopediatría.

A mis padres, quienes me dieron la vida, educación - formación en valores morales y espirituales y mis hermanos que me dieron las fuerzas y consejos para seguir adelante, brindándome todo su amor y cariño.

Pero muy especialmente a mi mamita, que ella me levantaba y proporcionaba fuerzas para continuar y no desmayar. Dándome su apoyo y cariño a través del amor de Dios.

A mi novio, quien me apoyó y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mi tutora, coordinadora y docentes, quienes nunca desistieron al impartirme sus conocimientos y depositando toda su confianza en mí persona.

A mis compañeros de estudio, que por su unidad y compañerismo nos dimos aliento unos a otros para salir todos adelante.

AGRADECIMIENTOS

Este tema de investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos un grupo de trabajo. Por esto agradezco a esta prestigiosa Universidad Andina Simón Bolívar y la Universidad de San Cayetano del Perú; la cual abre sus puertas a todos los profesionales, preparándonos para un futuro competitivo y otorgándonos una formación de desarrollo y aprendizaje, para aplicarla y desarrollarla en la sociedad.

Al Director Dr. Dorian Gorena, mi Coordinadora Dra. Dalia Daher y mi tutora Dra. Mónica Valdivieso, quienes a lo largo de este periodo de tiempo han puesto a prueba sus capacidades y conocimientos en el desarrollo de este nuevo tema de investigación, el cual ha finalizado llenando todas nuestras expectativas de aprendizaje y práctica profesional.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar el uso de las técnicas de manejo de conducta utilizadas por los profesionales odontólogos colegiados de la ciudad de Sucre, para el tratamiento dental en niños.

El objetivo de las técnicas de manejo de la conducta practicada por el dentista pediátrico fue el de establecer una comunicación y un elemento de confianza con el paciente infantil.

El estudio se realizó mediante Encuestas – Cuestionarios. El tipo de estudio fue Descriptivo - Analítico, estudio transversal, con un enfoque cuantitativo. La población estudiada fue de 254 odontólogos colegiados de la ciudad de Sucre, de un universo de 742.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Epidat v3.0, para determinar la muestra (muestreo simple aleatorio), el nivel de confianza, la proporción, precisión; programa SPSS v22 para la recolección de información y/o procesamiento de datos y el programa Excel para tablas y gráficos.

Dentro los resultados, las Técnicas de manejo de conducta que más utilizan los profesionales odontólogos son: D-M-H, seguida del Refuerzo positivo, Modelamiento, Control de voz. Mientras que la Restricción física y Mano sobre boca no son muy utilizadas por nuestros profesionales.

Palabras claves: Técnicas de manejo de conducta, manejo de comportamiento infantil, conducta del niño en Odontopediatría.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the use of behavior management techniques used by professional dentists collegiate Sucre, for dental treatment in children.

The objective of the management techniques of behavior practiced by the pediatric dentist is to establish a communication and an element of trust with the child patient.

The study was conducted through surveys - questionnaires. The type of study was descriptive - analytical, cross-sectional study, quantitative approach. The study population was 254 dental colleges in the city of Sucre, a universe of 742. For statistical analysis Epidat v3.1 statistical software was used to determine the sample (simple random sampling), the confidence level, proportion, precision; SPSS v22 to collect information and / or data processing. Excel for charts and graphs.

Within results, Behavior Management Techniques most used dental professionals are: TSD, followed by positive reinforcement, modeling, Voice Control. While physical restraint and hand over mouth are not widely used by our professionals.

Keywords: behavior management techniques, handling child behavior, child behavior in pediatric dentistry.

INDICE

RESUMEN.....i

ABSTRACT.....ii

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes del Tema de Investigación.....1

 1.1.1 El Problema.....3

 1.1.2 Justificación y Uso de los Resultados.....5

 1.1.3 Objetivos.....7

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1. Marco Teórico.....8

2.2. Hipótesis.....29

2.3. Marco Contextual.....30

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO

3.1. Enfoque, Tipo y Diseño de Investigación.....34

3.2. Población y Muestra.....35

3.3. Variables de Estudio.....36

3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....39

3.5. Procedimiento para la recolección de la información.....39

3.6. Procesamiento y análisis de datos.....39

3.7. Delimitaciones de la Investigación.....40

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos.....	40
4.2. Resultados Descriptivos Bivariados.....	53

CAPÍTULO V

5.1. Discusiones.....	56
5.2. Conclusiones.....	58
5.3. Recomendaciones.....	59

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
--	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	64
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	65
--------------------	-----------

Anexo N°1.....	66
----------------	----

Anexo N°2.....	67
----------------	----

Anexo N°3.....	69
----------------	----

Anexo N°4.....	71
----------------	----

Anexo N°5.....	72
----------------	----

CAPITULO I. INTRODUCCCIÓN

1.1. Antecedentes del Tema de Investigación

La Odontopediatría, odontología infantil u odontología pediátrica; términos utilizados al referirse al área de conocimiento que estudia la salud dental integral, cavidad bucal del niño y sus enfermedades.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (A.A.P.D.), el manejo del comportamiento se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria”.

La colaboración del paciente fue primordial para desarrollar un tratamiento. El grado de colaboración puede guardar relación con experiencias previas; por tanto, la manera como se atiende a un paciente y en especial al paciente pediátrico es crucial. El profesional de la odontología y sobre todo el odontopediatra, debe considerar el componente biológico del niño como un sujeto en proceso de desarrollo, tanto físico como psicológico, además de su contexto cultural y social⁸.

El objetivo de las técnicas de manejo de conducta practicada por el dentista pediátrico, fue establecer una comunicación y un elemento de confianza con el paciente infantil. Un pequeño porcentaje de los niños no van a cooperar en el sillón dental y el comportamiento de estos pacientes puede ser un obstáculo para la calidad del cuidado dental. Para el paciente niño que no quiere cooperar, el dentista debe confiar en otras técnicas de conducta como alternativas o complementos de comunicación para realizar un tratamiento dental seguro y eficaz¹.

La técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer en un 78,1%, seguida de refuerzo positivo en un 45,3%, y la menos utilizada fue la técnica mano sobre boca en un 58,4%⁹.

La odontología para niños fue marcada por las relaciones entre el dentista y su paciente, por lo que durante esta interrelación pueden desarrollarse cuadros de ansiedad y/o miedo dental, debido a la falta de preparación técnico-científica de algunos profesionales. El miedo dental es un serio y amplio problema. En niños es frecuentemente la principal causa de problemas de manejo del comportamiento, de interrupciones del tratamiento y de subsecuentes derivaciones a especialistas o clínicas especializadas en miedo dental o cuidados especiales.

La ansiedad y miedo dental, principales dificultades durante la atención odontológica, tienen una etiología multifactorial que incluye género, edad y origen cultural del niño, actitud del dentista y ansiedad de la madre, cada una de las cuales favorece en parte a la manifestación del cuadro. Estos cuadros pueden traer consecuencias negativas futuras para el niño, tales como inhibición psicológica o del comportamiento y eventuales evasiones a situaciones odontológicas. Esto puede acarrear también un perjuicio para la salud bucal del niño, envolviendo problemas asociados como estigmas sociales y sentimientos de vergüenza e inferioridad. Muchos niños, huyen y evitan el tratamiento odontológico por considerarlo desagradable, por consiguiente no tienen los cuidados necesarios con su salud bucal, contribuyendo para el desarrollo de enfermedades como la caries de aparición temprana.

De tal manera, es muy importante además de la prestación de servicios preventivos y restauradores, la difusión de una actitud positiva que modifique la imagen inadecuada con respecto al tratamiento odontológico³.

1.1.1. El Problema

La colaboración del paciente fue primordial para desarrollar un tratamiento. El grado de colaboración puede guardar relación con experiencias previas; por tanto, la manera como se atiende a un paciente y en especial al paciente pediátrico, es crucial. El profesional de la odontología y sobre todo el

odontopediatra, debe considerar el componente biológico del niño como un sujeto en proceso de desarrollo tanto físico como psicológico, además de su contexto cultural y social⁹.

Es fundamental que todo especialista en el manejo y la atención dental del paciente pediátrico esté instruido y capacitado en la variedad de técnicas de manejo de conducta dirigidas al control y educación del paciente, evitando así una consulta que puede resultar aterradora y en cambio hacer que cada encuentro entre el odontopediatra, el niño y los padres sea una experiencia agradable y segura.

Las técnicas de manejo de conducta son parte medular en la atención dental al paciente pediátrico, por lo que es primordial que estas técnicas sean instruidas y dominadas durante el estudio y aprendizaje de los residentes de odontopediatría¹⁰.

En un estudio realizado entre los dentistas pediátricos que ejercen en el sur este de los Estados Unidos, se identificaron las técnicas de manejo de conducta utilizadas más frecuentemente: control de voz, el ejercicio de mano sobre boca con la restricción de las vías respiratorias, la restricción física (activa y pasiva), sedación consciente y anestesia general. También se evaluó que el patrón de utilización de estas técnicas, puede haber cambiado en los últimos cinco años y se identifican los factores que pueden haber influido en los cambios según la percepción de los dentistas¹.

Existen pocas publicaciones que describen diferencias en el uso de manejo de conducta entre odontopediatras hombres y mujeres².

A cada estudiante se le realizó una encuesta de 15 preguntas de selección múltiple. Se indagó sobre aspectos relacionados con la clínica de Odontopediatría, entre otros: el tipo de comportamiento según la escala de Frankl y las técnicas de manejo de conducta del paciente pediátrico; por otra

parte la influencia del motivo de consulta, el acompañamiento del docente y del acompañante, como factores que podrían influir en el comportamiento del niño; finalmente la valoración por parte del estudiante sobre su experiencia, satisfacción y seguridad en su desempeño clínico frente a los niños. El 47,4% de los estudiantes expresa que el motivo de consulta influye en el comportamiento del niño y el 57% no ven éste como un determinante en el comportamiento. Los estudiantes refieren que el tipo de conducta más frecuente del paciente pediátrico al momento de la consulta es la positiva y en un 70% totalmente positiva⁹.

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

No hay un estudio en nuestro medio sobre qué tipos de técnicas de manejo de conducta utilizaron los profesionales, por lo que fue necesario realizar este estudio para identificar en la práctica de este tipo de métodos o técnicas de manejo de conducta en la atención a los niños.

El dentista debería estar capacitado para medir la habilidad de su paciente para manejar situaciones nuevas, su disposición para adaptarse y cooperar a las diversas actividades que representa el tratamiento⁴.

Fue fundamental que todo especialista en el manejo y la atención dental del paciente pediátrico, este instruido y capacitado en la variedad de técnicas de manejo de conducta dirigidas al control y educación del paciente, evitando así

una consulta que puede resultar aterradora y en cambio hacer que cada encuentro entre el odontopediatra, el niño y los padres, sea una experiencia agradable y segura¹⁰.

Formulación del Problema

¿Cuáles serán las técnicas de manejo de conducta, para el tratamiento dental en niños, utilizadas por odontólogos de la Ciudad de Sucre?

1.1.2. Justificación y Uso de los Resultados

Oportunidad para tratar el Problema: Relación de la Investigación con las prioridades de la Región y del momento

El propósito de este trabajo fue el de identificar, evaluar el conocimiento y experiencia de los profesionales odontólogos acerca de los métodos o técnicas de manejo de conducta que están utilizando, para el abordaje del paciente pediátrico en la consulta odontológica, con el objetivo de darles calidez y calidad de atención y brindarle la confianza necesaria.

Las técnicas de manejo de conducta fueron una parte importante en la atención dental al paciente pediátrico, por lo que fue primordial que estas técnicas sean aplicadas y dominadas por los profesionales odontólogos.

Población a la que beneficia la Investigación

Indirectamente, los profesionales odontólogos fueron los beneficiados. Ya que con los resultados obtenidos, se dieron pautas y conocimientos a los futuros profesionales egresados.

Y se beneficiaron los pacientes niños, dado que los odontólogos conocieron mejor sus habilidades y mejoraron sus técnicas para manejar la conducta del paciente en la práctica diaria.

Todo profesional Odontólogo - Odontopediatra, fue instruido y capacitado en la variedad de técnicas de manejo de conducta dirigidas al control y educación del paciente, evitando así una consulta que puede resultar aterradora y en cambio hacer que cada encuentro entre el profesional, el niño y los padres, sea una experiencia agradable y segura.

Mejorando de esta forma la calidad de atención en salud bucodental, cumpliendo así el objetivo que el profesional Odontólogo-Odontopediatra, se propone “Mejorar la calidad de vida y salud bucal de sus pacientes pediátricos”.

Utilización e Impacto esperado de los Resultados

No existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación triangular odontólogo-niño-padre, para ello fue necesario determinar nuevas técnicas, modificar conceptos y estrategias; en este estudio con relación al uso de diferentes técnicas de manejo de conducta, para el tratamiento dental por odontólogos, que fueron puestas en conocimiento del Colegio de Odontólogos, con el objetivo de informar sobre cuáles son las técnicas de manejo de conducta más utilizadas y el impacto que repercutió en los profesionales odontólogos. Asimismo, se dio a conocer si realmente están usando y aplicando las técnicas de manejo de conducta.

Factibilidad y Viabilidad del Estudio

El estudio fue factible porque se realizó encuestas con interrogantes hacia los profesionales odontólogos de la ciudad de Sucre.

Fue viable porque se contó con la relación de odontólogos inscritos en el Colegio de Odontólogos de Sucre y porque su ejecución no constituyó un excesivo gasto económico en su desarrollo.

De esta forma, el mejoramiento del manejo de conducta del niño, tuvo una especial influencia en esta relación: la experiencia, el conocimiento biopsicosocial del paciente, así como también, el grado de sensibilización y humanización del profesional odontólogo.

1.1.3. Objetivos

a. General

Determinar las técnicas de manejo de conducta utilizadas por los profesionales odontólogos colegiados de la ciudad de Sucre, para el tratamiento dental en niños.

b. Específicos

- a) Establecer el uso de técnicas de manejo de conducta en el tratamiento de niños, según el nivel de capacitación y especialización de los odontólogos colegiados en la ciudad de Sucre.
- b) Especificar el uso de técnicas de manejo de conducta en niños, según años de experiencia de los profesionales.
- c) Identificar el uso de técnicas de manejo de conducta en el tratamiento de niños, según el tipo de servicio (lugar de trabajo) en el que desempeñan sus funciones.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (A.A.P.D.), el manejo del comportamiento se entiende como:

“La interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria”⁹.

El manejo de la conducta del paciente pediátrico exige un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del niño. De igual forma, las tendencias sociales, las actitudes de los padres, los aspectos éticos y las controversias acerca de los cuestionamientos jurídicos han llevado a que se reevalúen muchas técnicas restrictivas utilizadas tradicionalmente¹¹

La colaboración del paciente es primordial para desarrollar un tratamiento. El grado de colaboración puede guardar relación con experiencias previas; por tanto, la manera como se atiende a un paciente pediátrico, es crucial. El profesional de la odontología y sobre todo el odontopediatra, debe considerar el componente biológico del niño como un sujeto en proceso de desarrollo tanto físico como psicológico, además de su contexto cultural y social.

La teoría del apego es una de las teorías que soporta el desarrollo del niño. Bowlby John define esta teoría como la interacción que posee el niño con sus cuidadores, a los cuales les da el valor de figuras, que son importantes para desarrollar sus emociones, tales como seguridad, miedo o ansiedad.

Un estudio realizado por Ainsworth en Uganda, encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguros, que lloraban poco y se mostraban contentos cuando eran atendidos en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus

madres. De lo anterior se puede deducir que la relación del niño con sus cuidadores influye notablemente en su comportamiento durante la atención odontológica.

El objetivo de las técnicas de manejo de la conducta practicada por el dentista pediátrico, es establecer una comunicación y un elemento de confianza con el paciente infantil. Un pequeño porcentaje de los niños no van a cooperar en el sillón dental y el comportamiento de estos pacientes puede ser un obstáculo para la calidad de cuidado dental. Para el paciente niño que no quiere cooperar, el dentista debe confiar en otras técnicas como alternativas o complementos de comunicación para realizar un tratamiento dental seguro y eficaz¹.

La interpretación exacta de las conductas evidenciadas por el paciente aseguran el éxito en el manejo del niño y permiten adecuar las técnicas para cada paciente en particular, durante su experiencia odontológica, se debe reforzar modos de comportamiento que faciliten su adaptación al tratamiento y mejorar sus motivaciones y habilidades para el autocuidado. El éxito en el tratamiento de los niños está relacionado directamente con el conocimiento, por parte del dentista, de sus características psicológicas y necesidades particulares.

Una de las áreas que proveen mayor recompensa en Odontología es la conducción exitosa de un niño, ya que la primera experiencia de estos deja a menudo una impresión desagradable. El momento más adecuado para elaborar una imagen adecuada de la Odontología, es la infancia, cuando es posible reducir los sentimientos negativos e incluso hostiles hacia el dentista, formando así una base para futuras interacciones positivas⁵.

LAS FORMAS Y EL CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL DENTISTA Y EL NIÑO

Es fácil comprender que previo a un rendimiento eficiente del dentista es necesario vencer las barreras psicológicas que existen entre él y su paciente. El

paciente menor de edad tiene limitaciones en cuanto al desarrollo del lenguaje, su comprensión es limitada, su capacidad de adaptación está siendo puesta a prueba.

Como se ha visto el desarrollo emocional, la primera forma de comunicación de malestar de cualquier orden es el llanto. A esta forma de expresión recurren con frecuencia los niños ante el miedo, la ansiedad y el dolor, siendo en muchos casos, la primera reacción observable desde el punto de vista del dentista tratante. Los llantos pueden ser de 4 tipos: Llanto obstinado, llanto atemorizado, llanto herido de poco volumen, llanto compensador.

Las actitudes del dentista tienen que ser diferentes ante estos diversos tipos de llanto, ya que son igualmente diversas las causas que lo provocan. El primero requiere de una actitud firme, desde el control, por medio de la voz, en una instrucción clara y perentoria, a restricción física. El segundo, por el contrario, demanda comprensión y apoyo, para disminuir el temor, explicaciones técnicas como decir-mostrar-hacer, en acciones traumáticas y breves para permitir al paciente tomar contacto gradual con la situación. El llanto herido representa un error del operador, ya que está provocando dolor a su paciente y esta situación debe ser controlada de inmediato, además de pedir disculpas al niño. El llanto o ruido compensador puede ser disminuido, si es molesto, mediante una solicitud comprensiva, ya que es posiblemente menos molesto para el dentista que las acciones de este para el paciente.

Se ha observado que la conducta del dentista es influenciada por la conducta de los niños. Los dentistas manifiestan algo de estrés frente a resistencia moderada motora, a pequeñas muestras de llanto, movimientos agresivos y gritos, de tal modo que parece esta situación involucrada al control emocional del profesional.

ALGUNOS FACTORES AMBIENTALES QUE PRODUCEN CONDUCTAS DETERMINADAS EN LA CONSULTA

Algunas variables en el ambiente tienen directa relación con la conducta que el niño manifiesta ante el dentista; están representadas por la influencia de sus padres, sus grupos de referencia escolar y antecedentes médico-dentales.

La Influencia de los Padres

Se puede adelantar que el dentista que trata niños tiene un menor porcentaje de tener dificultades en la atención odontológica. Las actitudes de sus mayores pueden describirse bajo algunas circunstancias que permiten anticipar hasta cierto punto el comportamiento de los niños. Según Escobar (5), los padres pueden clasificarse en:

Sobreafecto: En el consultorio demuestra poco valor, recurriendo a su madre, o al adulto que lo trae y se rehúsa a que lo dejen, abrazándose o tomándoles de la mano.

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

Sobreindulgencia: El resultado es un niño exigente, con el cual es muy difícil congeniar, a menos que acceda a sus demandas, las cuales son reforzadas con llanto y rabieta, exhibiendo igual conducta con el dentista.

Sobreansiedad: El niño depende 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 o excusa, es causa suficiente para interrumpir el tratamiento.

Sobreautoridad: 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 y motivaciones para capacitarlo gradualmente a la adaptación de las exigencias del tratamiento.

Falta de afecto: En la consulta asume las modalidades típicas del niño tímido, el afecto legítimo del profesional puede conducir gradualmente a este niño a una relación muy satisfactoria para ambos.

Rechazo: 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 lo entrega con facilidad, porque el ambiente le ha enseñado a protegerse.

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 obtienen aquellos que son confiados en su hogar hasta la edad escolar. La mayor socialización que esto representa, la necesaria adaptación a un medio diferente, la negociación de nuevos roles dentro del grupo, el intercambio de información, hace que, por lo general, sea más fácil para el dentista examinar estos niños, por otra parte, la imagen del dentista para el preescolar es positiva. Los compañeros de curso que han sido sometidos a tratamiento preventivos o de dificultad menor y esta experiencia son relatados al grupo. Durante la educación básica, la información es de otra índole, ya que la acción del odontólogo suele presentarse mediante extracciones y tratamientos de emergencia, los que suelen ser descritos exageradamente y con detalles “escalofriantes” aun auditorio muy atento. Si esta es la primera noticia sobre Odontología, es natural que el niño tenga en éste caso una imagen negativa del dentista y está en manos de éste presentar la otra cara de la profesión.

Antecedentes Médico Dentales

Cuando se analiza el desarrollo emocional del 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, pueden 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.

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE NIÑO EN LA CONSULTA

La actitud del paciente fue valorada de acuerdo a la escala comportamiento de Frankl, clasificándolo en cuatro tipos:

- **I de Frankl**, o comportamiento definitivamente negativo, cuando el niño rehúsa el tratamiento, presenta llanto constante, expresa miedo o cualquier otro signo negativo.
- **II de Frankl**, o comportamiento negativo, cuando el paciente se resiste a aceptar el tratamiento, no coopera, está hosco o retraído, con muestras de actitud negativa no constante.
- **III de Frankl**, o comportamiento positivo, cuando existe aceptación del tratamiento, pero el niño se muestra cauteloso. Aunque a veces reclama, tiene voluntad de cooperar con el dentista y sigue las instrucciones con actitud reservada.
- **IV de Frankl**, o comportamiento definitivamente positivo, cuando el niño es completamente colaborador, tiene buena comunicación con el dentista, se interesa por los procedimientos odontológicos, sonríe y agradece¹⁵.

Para el dentista resulta útil poder categorizar objetivamente las conductas que los niños presentan en la consulta; estas pueden observarse desde los primeros contactos y ser debidamente evaluadas, si se quiere actuar individualmente frente a ellas. Si se observa el aspecto cooperación de los pacientes, factor de innegable importancia para el clínico, según Escobar (5) los niños pueden agruparse en:

Cooperadores

La mayoría de los niños pueden ser clasificados en este grupo, según nuestra propia experiencia; al utilizar la escala de Frankl, estos pacientes están, por lo general, razonablemente relajados, con un mínimo de temor, entusiastas en ocasiones, estableciendo en el dentista una rápida y fácil comunicación, su capacidad de adaptación les permite cumplir con los requerimientos de las acciones clínicas. El paciente cooperador puede, en consecuencia, ser atendido de manera expedita y eficiente.

Falta de Capacidad de Cooperación

Puede ubicarse aquí a aquellos pacientes con los cuales no puede establecerse comunicación: niños muy pequeños y niños con retraso mental.

Cooperadores Potenciales

En esta categoría se encuentran los niños “problema”. Su conducta no es cooperadora, pero a diferencia del grupo anterior puede ser modificada favorablemente.

LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA COMO UN PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE

En gran parte de las comunicaciones sobre la labor del dentista que trata al niño se llega a la conclusión que para practicar odontología en estos pacientes es tanto o más necesario que el dominio de las técnicas clínicas, un conocimiento de la conducta del niño en la consulta y de los modos de enfrentarla para conservar u obtener cooperación. También se suele terminar con un listado de recomendaciones, sugerencias y leyes, que tienen en común el objetivo de suprimir resistencia y disminuir temor, conseguir como parte del niño una actitud favorable, objetivos válidos pero no siempre obtenibles con un recetario de

absoluta eficiencia. El propósito de este capítulo es presentar las técnicas de conducción psicológica bajo el aspecto del aprendizaje del niño⁵.

ABORDAJE DEL COMPORTAMIENTO

La opción por las técnicas de abordaje del comportamiento va de acuerdo con el criterio del profesional, influenciado por factores observados durante la anamnesis, como edad y comportamiento del niño y aceptación de los padres. Existen cirujanos que evitan tratar niños de poca edad, por el temor de traumatizarlos, o por estresarse con un llanto que no se consigue comprender ni interpretar. Evitan cuidar de estos pacientes que hasta los 3 años de edad están sujetos a problemas odontológicos debido a la falta de cuidados preventivos. Otros profesionales solo tratan bebés con el auxilio de la sedación con óxido nitroso, método válido pero que necesita de entrenamiento muy específico, para minimizar los riesgos al paciente y que todavía no es accesible para la mayoría de profesionales. En contraparte, existen aquellos que prefieren tratar a esos niños en su individualidad, ayudándolos a crecer desarrollando una buena relación con la odontología.

Chambers afirmó, que la ansiedad es parte del comportamiento humano. Es una respuesta normal y saludable por parte del niño frente a una situación extraña, en este caso, el consultorio odontológico. Una de las funciones del dentista es ayudar a que el niño controle su ansiedad en un nivel soportable y adecuado al procedimiento que está siendo realizado. Mucha ansiedad puede causar indisciplina; poca ansiedad, poca motivación para cooperar. Existe un nivel ideal para cada niño y situación. Según la opinión de este autor, el uso de premedicación es negativo, pues no controla la ansiedad. Aplazando la oportunidad de que el niño supere un desafío inevitable.

Es posible realizar técnicas de abordaje en el consultorio, incluso con pacientes portadores de necesidades especiales. La sedación con óxido nitroso, o la utilización de pre medicación quedarían reservadas como último recurso,

después de que los intentos de acondicionamiento se hayan agotado. Son necesarios el conocimiento de las técnicas y la sensibilidad del dentista para aplicarlas, de acuerdo con las variantes de cada caso.

Éticamente se espera del profesional, competencia y maestría que le permitan conducir el tratamiento en el plano técnico y la relación en el plano psicológico. La manera como el profesional observa al niño, determinará su postura durante la atención. Profundizar conocimiento sobre el niño y sus emociones, lo que permitirá impartir ética para el ejercicio de la Odontopediatría⁶.

TÉCNICAS DE MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo.

Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas para situaciones específicas. Son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación⁷.

El manejo de la conducta en el niño es un aspecto crítico durante los procedimientos dentales. Por eso, en la actualidad, se utilizan diversas técnicas para manejar la conducta del paciente en el consultorio, estas técnicas pueden ser farmacológicas y no farmacológicas:

Técnicas No Farmacológicas	Técnicas Farmacológicas
* Técnicas por medio de la comunicación 1. Decir-mostrar-hacer 2. Control de voz 3. Comunicación no verbal	9. Sedación consciente 10. Anestesia general
* Modificación de conducta 4. Refuerzo positivo 5. Refuerzo negativo 6. Modelado	
*Restrictores de movimiento 7. Mano sobre boca 8. Inmovilización parcial o total ¹¹	

La AAPD en sus lineamientos presenta la guía básica y avanzada en el manejo de la conducta del paciente pediátrico.

Guía básica en el manejo del paciente pediátrico:

Asociados al proceso de comunicación, se encuentran técnicas específicas como:

➤ **Decir - mostrar - hacer**

“Incluye explicaciones verbales de los procedimientos, en frases apropiadas al nivel de desarrollo del paciente. Haciendo demostraciones táctiles, visuales, auditivas u olfatorias de los procedimientos a realizar y así terminar el tratamiento”.

➤ **Rol de peticiones y promesas**

“Es cuando se debe realizar una acción, para poder lograr un objetivo. El profesional obtiene promesas del paciente estableciendo un compromiso a cooperar; el dentista puede realizar las peticiones de varias maneras hasta que estas se hagan efectivas”.

➤ **Control de voz**

“Alteración controlada del volumen, tono o ritmo de voz, junto a una expresión facial y lenguaje corporal adecuado, para influir y dirigir el comportamiento del paciente”.

Objetivo: 1) Ganar la atención y obediencia del paciente.
 2) Evitar una conducta negativa
 3) Establecer el rol adulto - niño apropiado

Indicada: En cualquier paciente.

Contraindicación: En pacientes con deficiencia auditiva.

➤ **Comunicación no verbal**

Es el reforzamiento y guía de la conducta a través del contacto, postura, expresión facial y lenguaje corporal apropiado.

Objetivo: Mejorar y aumentar la efectividad de otras técnicas.

Indicada: Cualquier paciente

Contraindicación: Ninguna

➤ **Reforzamiento positivo**

Se lleva a cabo premiando conductas deseadas y fortaleciendo la recurrencia de estas. El reforzamiento puede ser social (modulación vocal positiva, expresión facial, elogios, demostración de afecto) y no sociales (juguetes, premios).

Objetivo: Reforzar conducta adecuada.

Indicada: Cualquier paciente.

Contraindicación: Ninguna.

➤ **Distracción**

Es el desviar la atención del paciente de lo que puede ser percibido como no placentero.

Objetivo: Disminuir la percepción desagradable

Indicada: En cualquier paciente.

Contraindicación: Ninguna

➤ **Presencia/ausencia de los padres**

Esta técnica puede ser usada algunas veces para obtener cooperación y así efectuar el tratamiento. La respuesta de los niños hacia la presencia de los padres abarca un amplio rango desde benéfica a perjudicial.

Objetivo: 1) Ganar atención del paciente.
2) Evitar conductas negativas.
3) Aumentar comunicación afectiva padre - niño - dentista.
4) Minimizar la ansiedad y lograr experiencia positiva hacia el tratamiento dental.

Indicada: Cualquier paciente.

Contraindicación: Con padres incapaces de apoyar efectivamente cuando se les solicita.

Las técnicas anteriores deben ser parte fundamental en el manejo del paciente pediátrico pero en el caso de niños que no tienen la habilidad de cooperar debido a inmadurez emocional, mental o fisiológica se deben emplear las técnicas de la guía avanzada para el manejo de conducta que incluye las técnicas de estabilización protectora, sedación y anestesia general (AAPD, 2008)¹⁰.

a) Decir - Mostrar-Hacer

Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer **(Decir)**, luego se le hace una demostración **(Mostrar)** y por último se le realiza el procedimiento **(Hacer)**.

Decir – mostrar – hacer



(13)

Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la cual es de utilidad, un espejo de cara.

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

Indicaciones: Puede usarse en todos los pacientes

Contraindicaciones: No está contraindicada para ningún paciente. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal⁷.

b) Modelamiento o imitación

Esta propuesta es utilizada para reducir comportamientos negativos y de ansiedad estimulando al niño a aprender la respuesta o comportamiento apropiado para determinada situación dental. Esto se da, a través de la observación de otro niño con buen comportamiento en tratamiento.

Modelamiento e imitación



(13)

El modelado es más efectivo cuando: el modelo observado posee características similares a las del niño objetivo (por ejemplo, mismo género y edad); el modelo

es observado desde la entrada, durante el tratamiento, salida de la consulta y cuando éste es recompensado por su buen comportamiento. El modelado puede ser real con un niño, o virtual con el uso de videos. Este último modelo generalmente no presenta resultados tan efectivos con relación a los modelos reales.

En el caso de bebés, pocas veces son encontrados niños en esa edad que puedan servir como modelos y que poseen las características descritas, siendo así, el dentista podrá utilizar un niño mayor o la propia madre del paciente que se pretende modelar³.

c) Control de voz

Se trata de una modificación del tono y volumen de la voz, así como la velocidad con que se hace. No debe confundirse sin embargo, con gritar al paciente o enfadarse con él. Puede implicar un aumento o una disminución del tono, por lo que muchas veces se hace hablándole en tono muy bajo al oído del niño (a).



Control de voz

(13)

Objetivo: Establecer comunicación y autoridad con el paciente.

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

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

d) Comunicación no verbal

Consiste en la utilización de actitudes tales como cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.

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

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

Contraindicaciones: Ninguna.

Comunicación no verbal



(13)

e) Refuerzo positivo

Esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado. Se trata de felicitar al niño cuando exhibe un comportamiento deseado. Es importante hacer el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento.

Refuerzo positivo



(13)

Generalmente se utiliza acompañada de las técnicas de decir - mostrar-hacer y de refuerzo negativo. En cuanto a los premios o regalos al final de la cita son útiles como reforzadores sociales y para establecer una buena empatía con el paciente. Sin embargo no son condicionantes ya que no pueden ser utilizados inmediatamente.

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

Indicaciones: Puede utilizarse en cualquier paciente

Contraindicaciones: Ninguna⁷

f) Restricción física

La restricción física, entre las cuales se encuentran la técnica de mano sobre boca, tiene indicaciones bien precisas. El paciente debe tener entre tres o seis años, sano y de desarrollo psicológico normal. Su conducta no es otra cosa que una respuesta desproporcionada por un inmanejable aumento de ansiedad o temor.

Restricción física

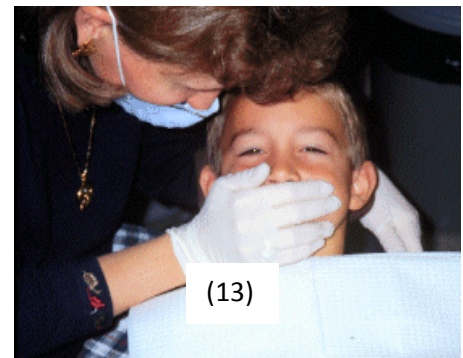


Por lo general, el dentista está preparado para la situación, ya ⁽¹³⁾ la madre le informa de comportamiento similar frente a circunstancias nuevas y atemorizantes, o lo intuye, por las reacciones del niño previo a la consulta. Si es de este modo, es necesario discutir con los padres la necesidad de restringir al niño para tener la oportunidad de enfrentarlo a una situación que en sí misma no amerita una resistencia tan marcada. La autorización de ellos es indispensable.

g) Mano sobre boca.

Se utiliza la mano sobre la boca del paciente para apagar el sonido, acerque su cara a la de él y hable directamente al oído: “si quieres que saque la mano debes parar de gritar y escucharme, todo lo que quiero es hablarte y mirar tus dientes”.

Mano sobre boca



Después de uno pocos segundos esta instrucción se repite y se pregunta:

“¿Puedo sacar la mano ahora?”, casi invariablemente hay un movimiento de cabeza aceptando. Se añaden unas palabras de advertencias para que siga quieto y la mano se retira.

Cuando se está retirando la mano, puede haber un rápido grito “Quiero a mi mamá”. Se tapa la boca inmediatamente, se repite la instrucción para dejar de

gritar y se agrega: “¿Quieres que venga tu mamá?”. El niño mueve la cabeza afirmativamente y se le dice: “Está muy bien, pero debes estar tranquilo, la voy a llamar tan pronto yo termine, ¿bueno? Nuevo movimiento de cabeza del paciente y la mano se retira. Es conveniente que la auxiliar este presente para sujetar también manos y piernas del niño, así nadie resultará dañado. El niño así controlado se dará cuenta que su estrategia para evitar la situación es inútil⁵.

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE NIÑO (Tipos de Conducta)

Clasificación: según E. Lamsphire	Clasificación: según Facultad de Estomatología UPCH-R. Castillo	Clasificación: según F. Escobar
1. Paciente cooperador 2. Paciente tenso-cooperador 3. Paciente aprehensivo exteriorizado. 4. Paciente miedoso 5. Paciente terco o desafiante 6. Paciente hiperemotivo 7. Paciente excepcional	1. Paciente receptivo 2. Paciente no receptivo 3. Paciente físicamente impedido 4. Paciente mentalmente impedido 5. Paciente física y mentalmente impedido 6. Paciente infante	1. Paciente cooperador 2. Paciente con falta de capacidad de cooperación 3. Paciente cooperador potencial: <ul style="list-style-type: none"> - Paciente con conducta incontrolada - Paciente con conducta desafiante - Paciente con resistencia pasiva - Paciente tímido 4. Paciente cooperador tenso ¹²

Conducta Cooperadora

Los pacientes manifiestan seguridad y confianza, se muestran relajados; llegando a establecer la comunicación con el odontólogo de manera rápida y fácil. El abordaje en estos casos es un éxito, ya que la capacidad de adaptación del niño permite llevar a cabo de manera eficiente las acciones clínicas necesarias.

Niño Cooperador



(13)

Conducta Tenso (Miedoso - Nervioso)

El paciente acepta el tratamiento, aunque existen evidentes signos que delatan tensión: sudoración en manos y labio superior, temblor en la voz, siguen los movimientos del odontólogo. Es por esto que el odontólogo debe ser muy observador y realizar un buen diagnóstico de la situación, ya que este es un límite entre conductas negativas y positivas, el paciente acepta el tratamiento pero puede tener una mala imagen del odontólogo.

Niño Miedoso



(13)

Conducta Tímida

Estos pacientes son extremadamente inseguros y dependientes de los padres, retraídos, traspiran mucho, cuando se resisten al tratamiento es porque se sienten amenazados y tienden a llorar en voz baja, habrá que acercárseles con

Niño Tímido



(13)

confianza, con cariño, lo más receptivo posible.

Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo ofreciéndole medios para que colabore con el tratamiento, ya que si es abordado de manera errónea puede pasar a una conducta descontrolada. Esta forma de conducta puede explicarse como sobreprotección en el hogar o falta de contacto social.

Conducta Agresiva (Desafiante)

Se siente incomprendido, es desconfiado y manifiesta siempre mal humor; inicialmente se intentará establecer una comunicación, aunque es difícil llegar a él, generalmente son niños de mayor edad, que manifiestan expresiones como: “no quiero”, “ándate”. La actitud en su hogar suele ser la misma, debido a que los padres no mantienen una disciplina adecuada.

Niño Desafiante



(13)

Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. El odontólogo debe mostrarse como amigo, alguien que confía en sus capacidades, los padres deben estar fuera del consultorio.

Conducta Descontrolada - Rebelde (Incorregible)

Niño Incorporregible

Es un niño generalmente manipulador que se caracteriza por tener miedo o ansiedad aguda que lo lleva a reaccionar con la “pataleta”, caracterizada por llanto fuerte, tirarse al suelo y realizar movimientos bruscos de brazos y piernas, con la finalidad de resistirse al tratamiento. El padre debe intentar restablecer la disciplina, caso contrario lo hará el odontólogo, debe establecerse una comunicación mostrando los lineamientos de un correcto comportamiento¹³.



(13)

Existen algunas **consideraciones** con respecto al uso de la Restricción. En **primer** lugar debe recordar que los padres les enseñan a sus hijos a resolver problemas como ellos lo solucionan; por lo tanto el dentista, debe comunicarse con ellos para obtener cooperación en los cambios de conducta que se han logrado. **Segundo**, si se está restringiendo la misma conducta con frecuencia, la restricción no está funcionando y debe cambiarse las técnicas, o modificar la modalidad de tratamiento. **Tercero**, es conveniente elogiar conductas incompatibles con la conducta problema (“estas muy tranquilo cuando te limpio los dientes, gracias”). **Cuarto**, no amenazar (“déjate...o si no”). **Finalmente**, recuerde que el objetivo de la restricción no es tener que utilizarla⁵.

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

Se les debe informar sobre el método que se utilizará, indicaciones, contraindicaciones, riesgos y alternativas tales como la sedación o anestesia general. El consentimiento escrito es recomendable cuando se van a utilizar técnicas, como inmovilización física y mano sobre la boca⁷.

Porcentaje utilizado en estudios anteriores acerca de las técnicas de manejo de conducta

La técnica del manejo del niño con relación al género; se puede observar que para la técnica de manejo conductual el género femenino presentó la mayor proporción (75%) versus género masculino (39.2%); la protección estabilizadora se tuvo que utilizar en mayor proporción para el género masculino (25%) y la sedación para el femenino (66.6%). **La técnica de manejo más utilizada fue la conductual (50%)** seguida en frecuencia por sedación (27.5%), protección estabilizadora (20.0%), y anestesia general (2.5%)¹¹.

La mayoría de los profesionales (61,8%) respondieron que si utilizan las técnicas de manejo de conducta con todos los niños. No se encontró asociación significativa entre el uso de las técnicas de manejo de conducta con la edad, el tipo de formación (especialidad), años en la práctica o tipo de práctica. Los profesionales informaron que un 84% manifestaron que se les permite a los padres estar durante la operatoria de sus niños¹.

Los resultados de este estudio demuestran que el 100 % de las universidades que respondieron la encuesta incluyen la materia de manejo de conducta como parte de su plan de estudios. De acuerdo con el reporte del Primer Panel sobre las técnicas de manejo de conducta de la AAPD, el odontopediatra necesita tener a la mano todas las técnicas de manejo de conducta disponibles, para así mejorar la experiencia dental del niño y los padres. Los panelistas además estuvieron de acuerdo en que el arte del manejo de conducta es tan importante como la técnica en sí misma. La mayoría de los odontopediatras desarrollan un

enfoque de manejo de conducta que las combinan con el uso de múltiples técnicas¹⁰.

2.2. HIPÓTESIS

Las técnicas de manejo de conducta No farmacológica más utilizadas por los odontólogos colegiados de la ciudad de Sucre, para el tratamiento odontológico de niños son la técnica decir- mostrar- hacer, control de voz y modelamiento o imitación.

2.3. MARCO CONTEXTUAL

ALOP

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría ALOP, es la Asociación de todas las Sociedades Científicas de Odontopediatría de Latinoamérica.

Donde se crean acciones para el desarrollo y capacitación de los Odontopediatras Latinoamericanos, por medio de la actualización científica y temática, investigación en salud pública y Odontopediatría.

La que está conformada por muchas sociedades y asociaciones, entre estas:

LA SOCIEDAD BOLIVIANA EN ODONTOPEDIATRIA

Testimonio-Personalidad Jurídica

En la ciudad de Sucre, capital de la República de Bolivia a horas 11:30am. del 16 de noviembre de 2006; se da el reconocimiento de personalidad jurídica de la “Sociedad Boliviana de Odontopediatría” representada por las señoras Dalia Daher Villarroel y Alicia Beatriz Delgadillo Suárez, en su calidad de representantes legales, como Presidenta y Vicepresidenta de la Sociedad Boliviana de Odontopediatría¹⁹.

Fundación de la Sociedad Boliviana de Odontopediatría

En la ciudad de Cochabamba Bolivia, en los 3 días del mes de Junio de 1995, en la Sede del Colegio de Odontólogos de Cochabamba, a horas 16:30pm, con la asistencia de los directivos y delegados, de la Sociedad Regional de Santa Cruz, Oruro y Cochabamba, munidos de sus prerrogativas respectivas se funda la Sociedad de Odontopediatría de Bolivia, elegida por aclamación a la Dra. Nora Villarroel Zabalaga como la Presidenta de la Sociedad Boliviana de Odontopediatría.

Posteriormente, con el apoyo general se decide que Chuquisaca sea la sede de la SBO 2004-2006 y se da una felicitación a la Dra. Dalia Daher Álvarez.

Actualmente, en el Colegio de Odontólogos de la ciudad de Sucre, se encuentran registrados 22 profesionales Odontopediatras, que realizaron su especialidad en la ciudad de Sucre y diferentes ciudades de Bolivia, como Diplomado en Odontopediatría en un 2,8%, Especialidad en Odontopediatría en un 6,7% y Maestría en Odontopediatría en un 0,8%.

Los profesionales odontólogos desempeñan sus funciones en Consultorios, Clínicas Particulares, Centros de Salud y Hospitales Públicos y siempre utilizan las Técnicas de Manejo de Conducta.

El nivel de aprendizaje con relación al uso de las Técnicas de Manejo de Conducta, de acuerdo a los Años de experiencia profesional, el 79,1% revela que las utilizó de forma empírica desde el Pregrado en la Facultad de Odontología de la Universidad San Francisco Xavier; 15,4% durante el Posgrado y 5,5% concluido el Posgrado de los profesionales odontólogos y odontopediatras registrados en el colegio de odontólogos de la ciudad de Sucre.

El 60,6% de los profesionales odontólogos y odontopediatras colegiados en la ciudad de Sucre, indica que como maniobras para la atención al paciente pediátrico; cuenta con algún medio autodidáctico y/o audiovisual; el 39,4% no utiliza ningún material autodidáctico y/o audiovisual para la distracción y motivación de los niños en la consulta.

Las Técnicas de Manejo de Conducta que más aplican y utilizan los profesionales odontólogos son: Decir – Mostrar - Hacer (técnica de preferencia) seguida del refuerzo positivo, modelamiento, control de voz. Mientras que las técnicas de restricción física y mano sobre boca no son muy utilizadas.

Colegio de Odontólogos

El Colegio de Odontólogos de Bolivia, creado por Decreto Ley N° 10131 del 18 de Febrero de 1972 y con Personalidad Jurídica del 13 de Febrero de 1974.

Es una asociación sin fines de lucro, que norma y regula la actividad gremial, científica, académica y de servicio social, en concordancia con la Constitución Política del Estado y Leyes de la República, agrupando con carácter obligatorio a todos los Odontólogos del país que tengan Título en Provisión Nacional; además de estar inscritos en el Colegio de Odontólogos de cada departamento; como respaldo en su desenvolvimiento profesional dentro del país.

El Colegio de Odontólogos Chuquisaca como Institución Social y Científica, se halla ubicada en Pasaje Cochabamba N°6 (Alto Libertadores) tiene como prioridad fundamental velar por la protección de todos sus afiliados y el perfeccionamiento profesional en las diferentes especialidades de la Odontología.

MISIÓN DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS

El Colegio de Odontólogos Chuquisaca tiene como misión principal: “Fomentar la Actividad Científica”, ofreciendo cursos de educación continua en coordinación con las diferentes Sociedades Científicas.

Asimismo, brinda apoyo logístico a las Sociedades Científicas para la realización de Congresos, jornadas, conferencias, respondiendo de esta forma a que nuestros afiliados tengan una base de conocimientos científicos sólidos acordes a la ciencia y la tecnología actual para solucionar los problemas prevalentes de Salud Estomatológica.

Esta Institución Social y Científica cuenta con 742 Odontólogos afiliados hasta el 31 de Enero de 2015.

VISIÓN DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS

Como Institución sin fines de lucro el Colegio de Odontólogos de Chuquisaca:

- Protege y defiende los derechos económicos, sociales, científicos y laborales del Odontólogo, a través del control del ejercicio legal de la profesión.
- Controla concursos de méritos y exámenes de competencia para optar algún cargo institucional.
- Coordina actividades académicas de postgrado con Universidades Nacionales e Internacionales.
- Hace respetar el Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio de Odontólogos de Bolivia.
- Incentiva al deporte y la cultura, apoyando a todos los profesionales a participar en las diferentes disciplinas deportivas y actividades regionales y nacionales.

Ciudad de Sucre

Sucre es la capital constitucional de Bolivia y se encuentra dentro de la provincia de Oropeza. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (21 de Noviembre de 2012), Datos oficiales:

Departamento	Censo 2001	Censo 2012	Crecimiento
Chuquisaca	531.522	600.728	13%

Los odontólogos de Sucre desempeñan sus actividades profesionales en servicios públicos, como Centros de salud dependientes de la Honorable Alcaldía Municipal, SEDES; Hospitales públicos; Seguros de Salud. Facultad de Odontología de la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Clínicas y Consultorios Dentales Particulares.

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO

3.1. Enfoque, Tipo y Diseño de Investigación

A) Enfoque de la Investigación

El presente estudio tuvo un **Enfoque Cuantitativo** porque:

- Es una realidad objetiva, que empleó métodos y técnicas cuantitativas.
- Se utilizó una Encuesta - Cuestionario con preguntas de selección múltiple.
- Pretendió comprobar y verificar una hipótesis.
- Buscó objetivos tangibles y medibles
- Investigó una causa y efecto

B) Tipo y Diseño de la Investigación

- **Descriptivo**, porque se describió el evento de estudio (técnicas de manejo de conducta), en función a las variables independientes.

Tipos de Estudio

a) Por su Alcance Temporal

- **Estudios Transversales**, porque se recogió la información de la causa y efecto al mismo tiempo (simultáneamente), a través de una técnica que es la Encuesta y su instrumento que es el Cuestionario.

3.2 Población y Muestra

a. Población - Universo

Todos los odontólogos colegiados, que están afiliados al Colegio de Odontólogos de Sucre, que hacen un total de 742 odontólogos (Hasta el 31 de Enero de la gestión 2015).

b. Muestra (Tamaño de muestra)

Se trabajó con una muestra de 254 profesionales odontólogos afiliados al Colegio de Odontólogos, obtenidos de la siguiente manera.

$$N = 742$$

$$Z = 1,96 \text{ (95\%)}$$

$$P = 50\%$$

$$Q = 100 - P; Q = 50$$

$$d = 5$$

$$n = \frac{NZ^2(P*Q)}{d^2(N-1) + Z^2(P*Q)}$$

$$n = \frac{742*(1,96)^2*(50*50)}{5^2*(742-1)+(1,96)^2*(50*50)}$$

$$n = 254$$

Epidat v. 3.0

Tamaño poblacional:	742
Proporción esperada:	50,000% (Artículo de México2012)
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
1,000	689
2,000	567
3,000	438
4,000	332
5,000	254

Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional:	742
Tamaño de muestra:	254
Nivel de Confianza:	95%
Proporción:	50%
Precisión:	5%

3.3 Variables de Estudio

Variable dependiente, técnicas de manejo de conducta

Variables independientes, según nivel de capacitación y especialización; años de experiencia profesional y tipo de servicio (lugar de trabajo).

Identificación y Conceptualización de Variables

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categorías	Instrumentación
Determinar las técnicas de manejo de conducta más utilizadas por los profesionales odontólogos colegiados de la ciudad de Sucre, para el tratamiento dental en niños.	Técnica de manejo de conducta.	Método de manejo de conducta que ayuda a realizar el tratamiento odontológico en niños.	Uso de diferentes técnicas de manejo de conducta.	Nominal Politémico	Decir-Mostrar-Hacer (D-M-H) Refuerzo positivo Modelamiento Control de voz Comunicación no verbal Restricción física Mano sobre boca	Cuestionario
Establecer el uso de técnicas de manejo de conducta en el tratamiento de niños, según el nivel de capacitación y especialización de los odontólogos colegiados en la ciudad de Sucre.	Capacitación y especialización del odontólogo.	Capacitación y especialización de los profesionales odontólogos.	Según estudios capacitados de Especialidad-Posgrado.	Nominal Politémico	Odontólogo General Diplomado Especialidad Maestría	Cuestionario

Especificar el uso de técnicas de manejo de conducta en niños, según años de experiencia de los profesionales.	Uso de las técnicas de manejo de conducta de acuerdo a los años de experiencia profesional del odontólogo.	Prestación de servicios odontológicos según años de experiencia.	Según experiencia de trabajo en el ejercicio profesional.	Nominal Politómico	1 a 5 años 5 a 10 años 10 a 15 años 15 años o más	Cuestionario
Identificar el uso de técnicas de manejo de conducta en el tratamiento de niños, según el tipo de servicio (lugar de trabajo) en el que desempeñan sus funciones.	Uso de las técnicas de manejo de conducta de acuerdo al tipo de servicio en que el odontólogo desempeña sus funciones.	Prestación de servicios odontológicos en el lugar de desempeño profesional.	Según el tipo de servicio en el que se desempeña profesionalmente.	Nominal Politómico	Consultorio dental particular Clínica dental particular Centros de Salud Seguros de Salud Hospitales Públicos (Alcaldía, SEDES, Universidad)	Cuestionario

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Profesionales inscritos en el Colegio de Odontólogos de la ciudad de Sucre, que al momento de la encuesta ejercen la profesión en Sucre.	Que el profesional odontólogo fue renuente a colaborar con la encuesta. Que el odontólogo no atendía a niños, derivándolos a especialistas.

3.5. Procedimientos para la Recolección de la Información

La fuente de recolección de información en este estudio fue **primaria**, porque recogió la información a través de una Encuesta, que dio respuestas a los profesionales odontólogos inscritos al Colegio de Odontólogos.

- a. Elaboración de la encuesta, que consta de un cuestionario con preguntas de selección múltiple con la escala de Likert (anexo).
- b. Validación de la encuesta: la encuesta fue validada por un juicio de expertos conformado por 15 especialistas en Odontopediatría.
- c. Recolección de la información: se procedió a encuestar a los odontólogos inscritos en el Colegio de Odontólogos.

3.6. Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

Una vez recogida la información se diseñó una base de datos y en función a las variables de estudio:

- Se construyó una base de datos en el Programa SPSS y Excel (Tablas y Gráficos).
- Posteriormente se construyeron Tablas de Frecuencia simple - cruzadas y gráficos para cada variable de estudio

3.7. Delimitaciones de la Investigación

a. Delimitación Geográfica

Ciudad de Sucre.

b. Sujetos u objetos que participaron en la realización del estudio

Profesionales odontólogos inscritos-colegiados de la ciudad de Sucre

d. Delimitación Temporal

Desde Enero de 2015 hasta Julio de 2015, 6 meses de valoración.

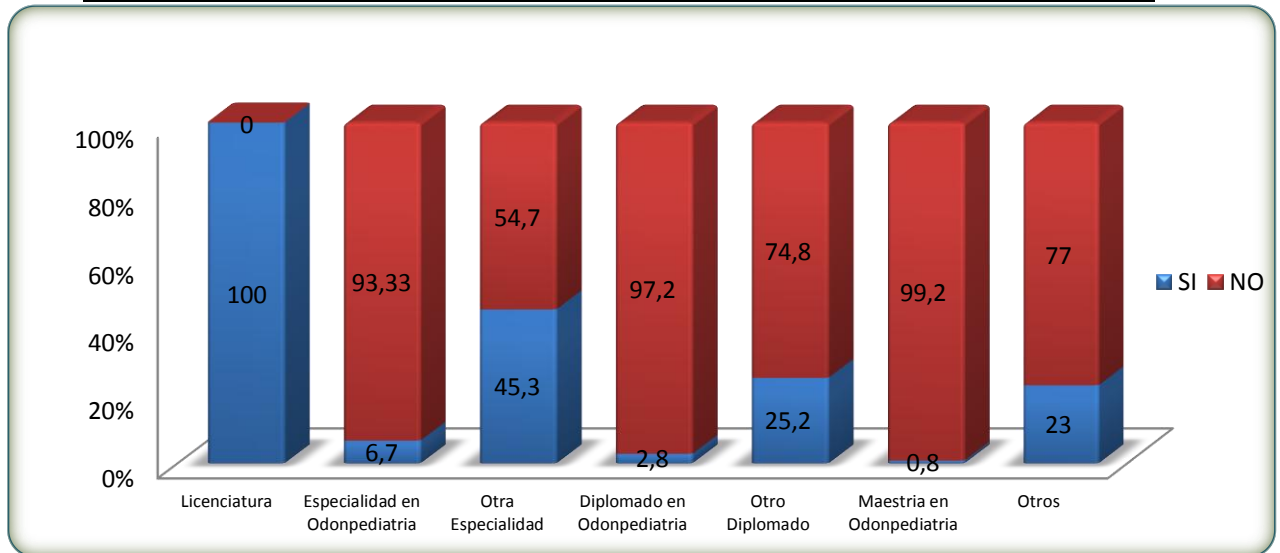
CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. Resultados Descriptivos (tablas y gráficos simples)

**TABLA Y GRAFICO N°1
NIVEL DE FORMACION ACADEMICA DE ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015**

Nivel de Formación	Frecuencia		Porcentaje	
	SI	NO	SI	NO
Licenciatura	254	0	100	0
Especialidad en Odontopediatría	17	237	6,7	93,33
Otra Especialidad	115	139	45,3	54,7
Diplomado en Odontopediatría	7	247	2,8	97,2
Otro Diplomado	64	190	25,2	74,8
Maestría en Odontopediatría	2	252	0,8	99,2
Otros	59	195	23	77

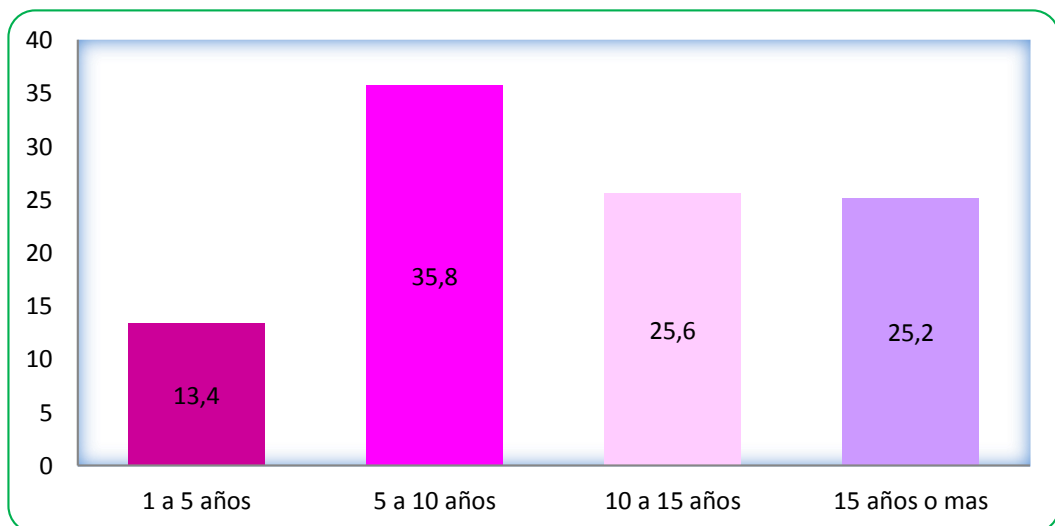


Interpretación: De acuerdo al nivel de formación de los profesionales odontólogos colegiados en Sucre. El 100% indica que presenta una Licenciatura, nivel de formación básico para poder ejercer la profesión y hacer cualquier posgrado en Odontología. Se puede observar que existe un bajo porcentaje de especialistas en Odontopediatría: 6,7% especialistas en Odontopediatría; 2,8% Diplomado en Odontopediatría y 0,8% con Maestría en Odontopediatría.

TABLA Y GRAFICO N°2

**TABLA Y GRAFICO N°2
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DE ODONTÓLOGOS
COLEGIADOS DE SUCRE. GESTION 2015**

Años de Experiencia	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	34	13,4
5 a 10 años	91	35,8
10 a 15 años	65	25,6
15 años o más	64	25,2
Total	254	100

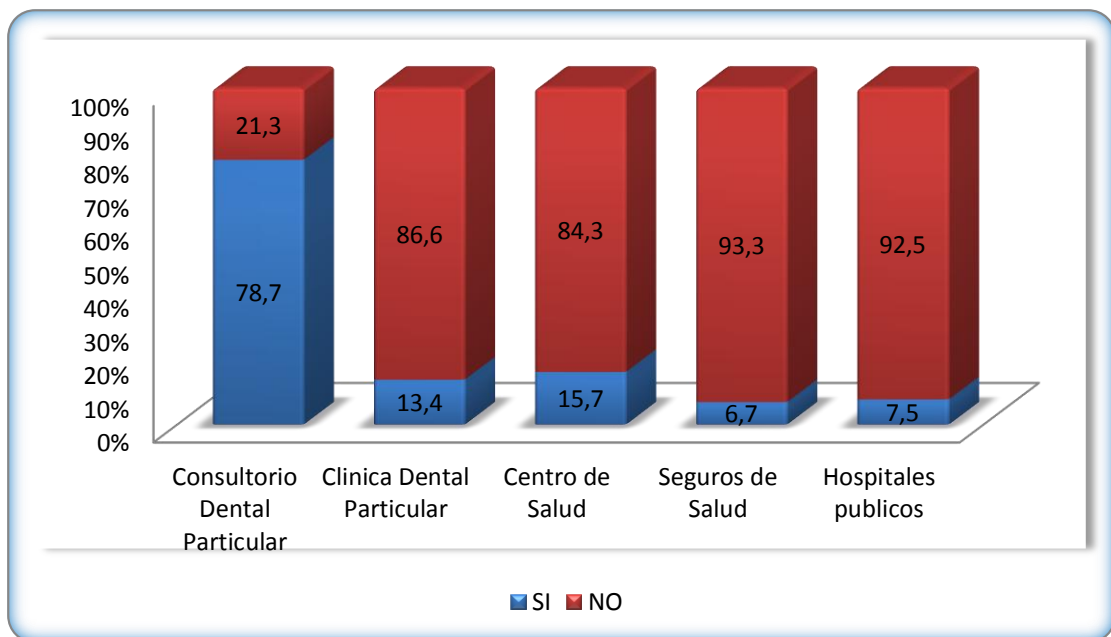


Interpretación: De acuerdo a los años de experiencia profesional de los odontólogos colegiados en Sucre. El 13,4% de los odontólogos tienen una experiencia de 1 a 5 años; el 35,8% con 5 a 10 años representando el mayor porcentaje en experiencia profesional; 25,6% una experiencia de 10 a 15 años y el 25,2% con 15 años o más de experiencia en el ejercicio de la profesión.

**TABLA Y GRAFICO N°3
TIPO DE SERVICIO (AREA DE TRABAJO) DE ODONTOLOGOS
COLEGIADOS DE SUCRE. GESTION 2015**

Lugar donde Trabajan	Frecuencia		Porcentaje	
	SI	NO	SI	NO
Consultorio Dental Particular	200	54	78,7	21,3
Clínica Dental Particular	34	220	13,4	86,6
Centro de Salud	40	214	15,7	84,3
Seguros de Salud	17	237	6,7	93,3
Hospitales Públicos	19	235	7,5	92,5

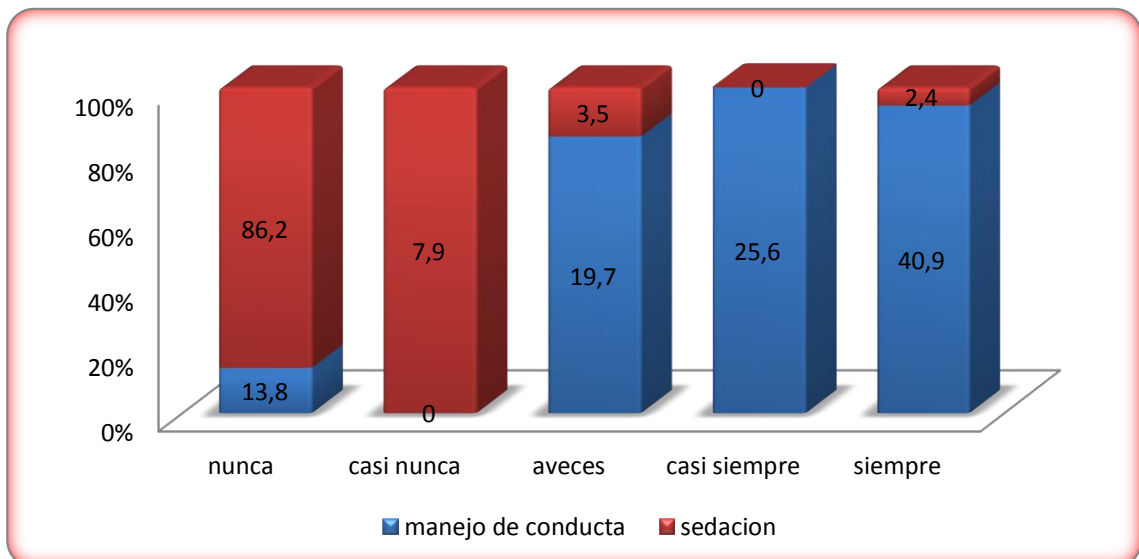
Fuente: Elaboración propia



Interpretación: Según el Tipo de Servicio de los profesionales odontólogos colegiados en Sucre. El 78,7% indica que trabaja en Consultorios particulares; el 13,4% en clínicas particulares; 15,7% en Centros de Salud; 6,7% en Seguros de Salud y el 7,5% en Hospitales públicos. Por tanto el mayor porcentaje presta sus servicios profesionales en consultorios particulares y al mismo tiempo cumplen actividades en otras instituciones de salud.

TABLA Y GRAFICO N°4
TECNICA DE MANEJO DURANTE ATENCION ODONTOLOGICA POR
ODONTOLOGOS COLEGIADOS DE SUCRE. GESTION 2015

Valoración	Manejo de Conducta		Sedación - Anestesia General	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	35	13,8	219	86,2
Casi nunca	0	0	20	7,9
A veces	50	19,7	9	3,5
Casi siempre	65	25,6	0	0
Siempre	104	40,9	6	2,4

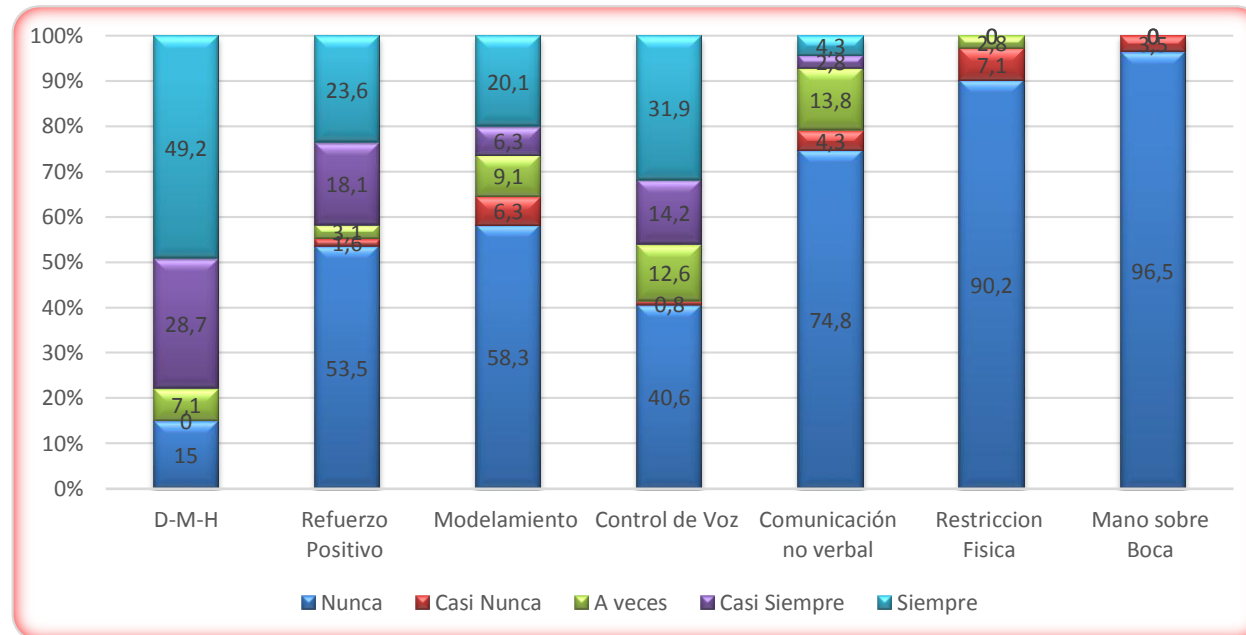


Interpretación: Del 100% de los profesionales odontólogos el 13,8% nunca utiliza el manejo conductual en los niños; el 40,9% siempre utiliza esta técnica No farmacológica y el 86,2% de los odontólogos nunca utilizan las técnicas farmacológicas.

**TABLA Y GRAFICO N°5
T.M.C. DURANTE LA ATENCION ODONTOLÓGICA POR ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015**

Técnica	Nunca		Casi Nunca		A veces		Casi Siempre		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Decir-Mostrar-Hacer	38	15	0	0	18	7,1	73	28,7	125	49,2
Refuerzo Positivo	136	53,5	4	1,6	8	3,1	46	18,1	60	23,6
Modelamiento	148	58,3	16	6,3	23	9,1	16	6,3	51	20,1
Control de Voz	103	40,6	2	0,8	32	12,6	36	14,2	81	31,9
Comunicación no verbal	190	74,8	11	4,3	35	13,8	7	2,8	11	4,3
Restricción Física	229	90,2	18	7,1	7	2,8	0	0	0	0
Mano sobre Boca	245	96,5	9	3,5	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

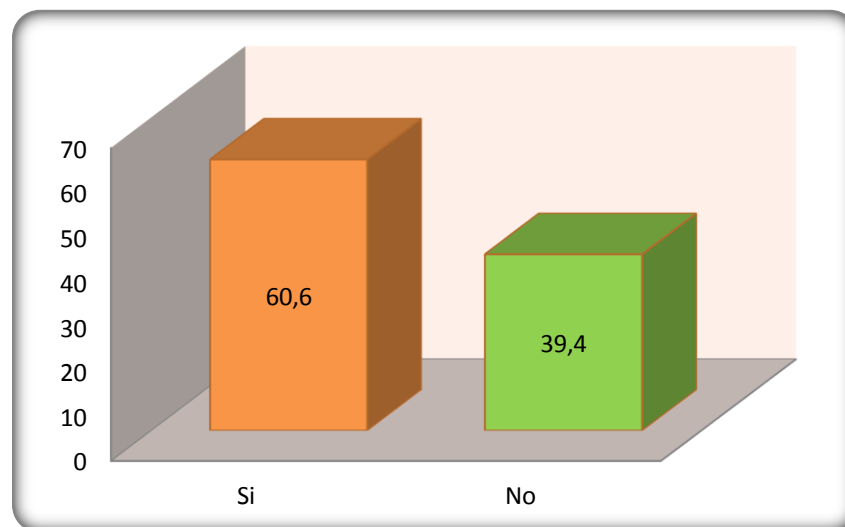


Interpretación: Del 100% de los odontólogos que utilizan las técnicas de manejo de conducta. El 49,2% de los profesionales siempre utilizan la técnica D-M-H; 23,6% Refuerzo positivo; 20,1% Modelamiento; 31,9% Control de voz; el 74,8% nunca utilizan la Comunicación no verbal. Restricción Física y Mano sobre Boca escasamente utilizadas en la atención odontológica.

**TABLA Y GRAFICO N°6
MEDIOS AUTODIDACTICOS Y AUDIOVISUALES UTILIZADOS POR
ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015**

Valoración	Frecuencia	Porcentaje
Si	154	60,6
No	100	39,4
Total	254	100

Fuente: Elaboración propia

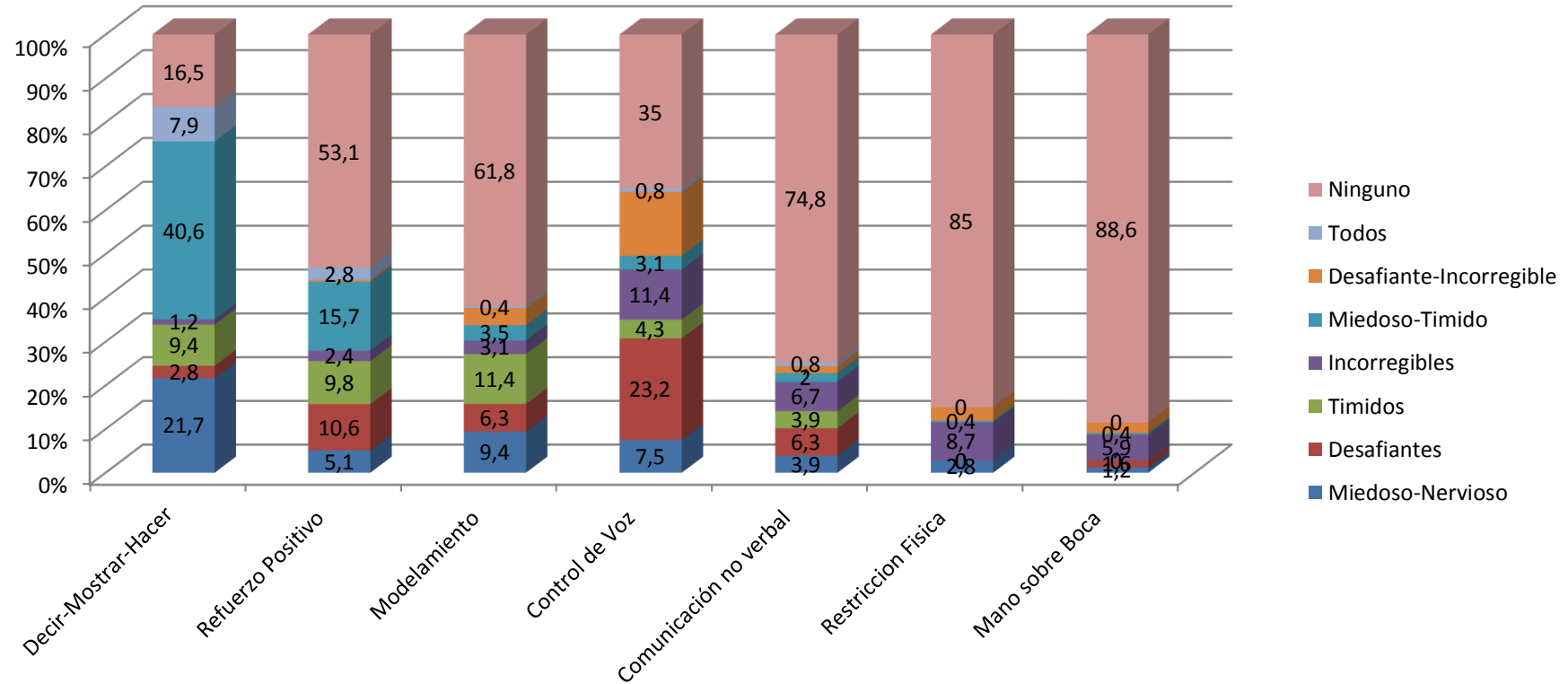


Interpretación: Del 100% de los profesionales odontólogos colegiados en Sucre. El 60,6% indica que cuenta con algún medio autodidáctico y/o audiovisual; el 39,4% no utiliza ningún material autodidáctico y/o audiovisual para la distracción y motivación de los niños en la consulta.

TABLA Y GRÁFICO N°7
T.M.C. – COMPORTAMIENTO DEL NIÑO UTILIZADAS POR ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015

Técnica	Miedosos-Nerviosos		Desafiantes		Tímidos		Incorregibles		Miedosos-Tímidos		Desafiantes - Incorregibles		Todos		Ninguno	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
D-M-H	55	21,7	7	2,8	24	9,4	3	1,2	103	40,6	0	0	20	7,9	42	16,5
Refuerzo Positivo	13	5,1	27	10,6	25	9,8	6	2,4	40	15,7	1	0,4	7	2,8	135	53,1
Modelamiento	29	9,4	16	6,3	29	11,4	8	3,1	9	3,5	10	3,9	1	0,4	157	61,8
Control de Voz	19	7,5	59	23,2	11	4,3	29	11,4	8	3,1	37	14,6	2	0,8	89	35
Comunicación no verbal	10	3,9	16	6,3	10	3,9	17	6,7	5	2	4	1,6	2	0,8	190	74,8
Restricción Física	7	2,8	0	0	0	0	22	8,7	1	0,4	8	3,1	0	0	216	85
Mano sobre Boca	3	1,2	4	1,6	0	0	15	5,9	1	0,4	6	2,4	0	0	225	88,6

Fuente: Elaboración propia



Interpretación: Según el comportamiento del niño, los profesionales aplican diferentes T.M.C.: La técnica D-M-H aplicaron con mayor frecuencia en pacientes Miedosos-nerviosos en un 21,7%, Miedosos y Tímidos en un 40,6%. Refuerzo Positivo 15,7% en Miedosos y Tímidos. Modelamiento en pacientes Tímidos 11,4%. Control de voz en pacientes Desafiantes 23,2%. Comunicación no verbal 74,8% con ninguna aplicación. Restricción física y Mano sobre boca con un 85 y 88,6% respectivamente son derivados a especialistas.

		DECIR - MOSTRAR - HACER	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	55	21,7
	Desafiantes	7	2,8
	Timidos	24	9,4
	Incorregibles	3	1,2
	Miedosos y timidos	103	40,6
	Todos	20	7,9
	Ninguno(derivan)	42	16,5
	Total	254	100,0

		REFUERZO POSITIVO	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	13	5,1
	Desafiantes	27	10,6
	Timidos	25	9,8
	Incorregibles	6	2,4
	Miedosos y timidos	40	15,7
	Desafiantes incorregibles	1	,4
	Todos	7	2,8
	Ninguno(derivan)	135	53,1
	Total	254	100,0

		MODELAMIENTO	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	24	9,4
	Desafiantes	16	6,3
	Timidos	29	11,4
	Incorregibles	8	3,1
	Miedosos y timidos	9	3,5
	Desafiantes incorregibles	10	3,9
	Todos	1	,4
	Ninguno(derivan)	157	61,8
	Total	254	100,0

		CONTROL DE VOZ	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	19	7,5
	Desafiantes	59	23,2
	Timidos	11	4,3
	Incorregibles	29	11,4
	Miedosos y timidos	8	3,1
	Desafiantes incorregibles	37	14,6
	Todos	2	,8
	Ninguno(derivan)	89	35,0
	Total	254	100,0

		COMUNICACIÓN NO VERBAL	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	10	3,9
	Desafiantes	16	6,3
	Timidos	10	3,9
	Incorregibles	17	6,7
	Miedosos y timidos	5	2,0
	Desafiantes incorregibles	4	1,6
	Todos	2	,8
	Ninguno(derivan)	190	74,8
	Total	254	100,0

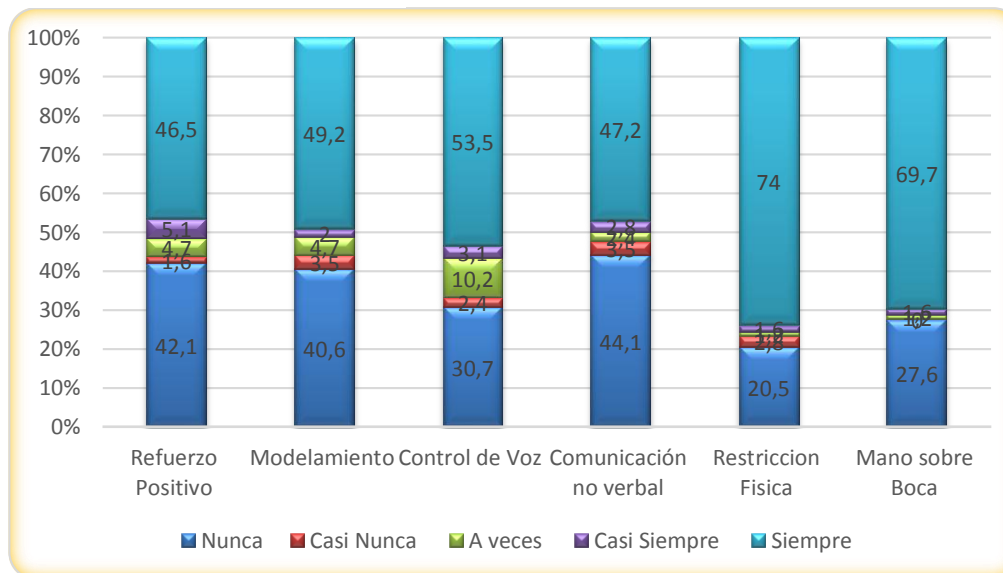
		RESTRICCION FISICA	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	7	2,8
	Incorregibles	22	8,7
	Miedosos y timidos	1	,4
	Desafiantes incorregibles	8	3,1
	Ninguno(derivan)	216	85,0
	Total	254	100,0

		MANO SOBRE BOCA	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Miedosos y nerviosos	3	1,2
	Desafiantes	4	1,6
	Incorregibles	15	5,9
	Miedosos y timidos	1	,4
	Desafiantes incorregibles	6	2,4
	Ninguno(derivan)	225	88,6
	Total	254	100,0

TABLA Y GRAFICO N°8
T.M.C. - CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO POR ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015

Técnica	Nunca		Casi Nunca		A veces		Casi Siempre		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Decir-Mostrar-Hacer	79	31,1	15	5,9	16	6,3	10	3,9	134	52,8
Refuerzo Positivo	107	42,1	4	1,6	12	4,7	13	5,1	118	46,5
Modelamiento	103	40,6	9	3,5	12	4,7	5	2	125	49,2
Control de Voz	78	30,7	6	2,4	26	10,2	8	3,1	136	53,5
Comunicación no verbal	112	44,1	9	3,5	6	2,4	7	2,8	120	47,2
Restricción Física	52	20,5	7	2,8	3	1,2	4	1,6	188	74
Mano sobre Boca	70	27,6	0	0	3	1,2	4	1,6	177	69,7

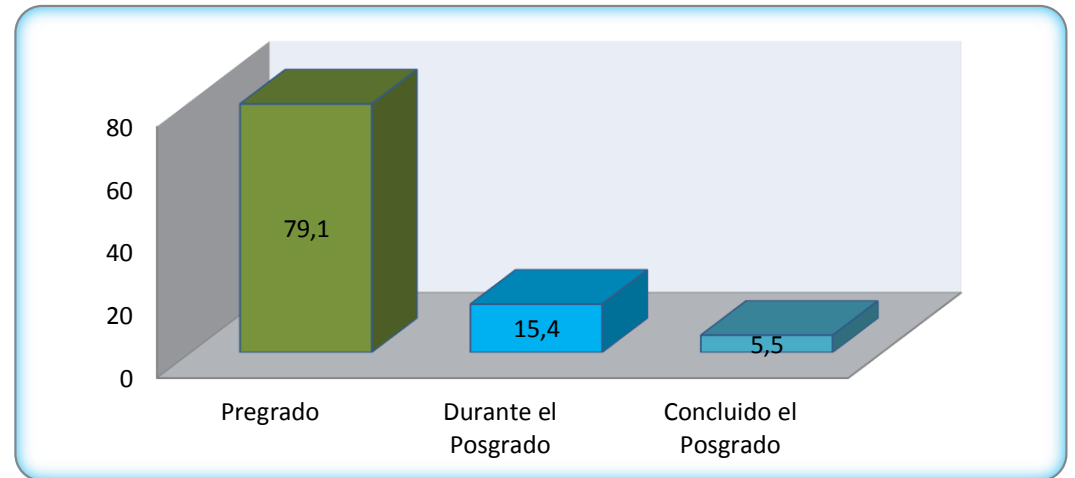
Fuente: Elaboración propia



Interpretación: Del 100% de los odontólogos que utilizan el consentimiento informado. Un alto porcentaje indica la importancia de aplicar ese documento en todas las técnicas. Con mayor relevancia en Restricción Física y Mano sobre Boca con un 74% y 69,7% respectivamente.

**CUADRO Y TABLA N°9
T.M.C. EN AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL POR ODONTÓLOGOS
COLEGIADOS DE SUCRE. GESTION 2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Pregrado	201	79,1
Durante el Posgrado	39	15,4
Concluido el Posgrado	14	5,5
Total	254	100



Fuente: Elaboración propia

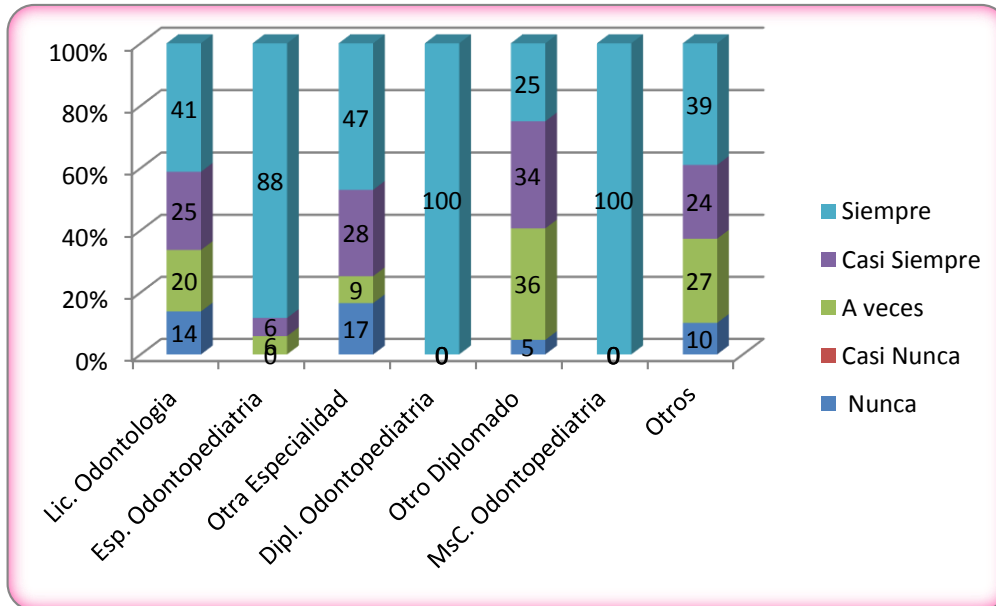
Interpretación: De acuerdo a los Años de experiencia profesional con relación al uso de las T.M.C. El 79,1% revela que las utilizó de forma empírica desde el Pregrado; 15,4% durante el Posgrado y 5,5% concluido el Posgrado.

4.2. Resultados Descriptivos Bivariados (Tablas Cruzadas y Gráficos)

**CUADRO Y TABLA N°10
NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA - MANEJO CONDUCTUAL. POR ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015**

Valoración	Nunca %	Casi Nunca %	A veces %	Casi Siempre %	Siempre %
Lic. en Odontología	14	0	20	25	41
Esp. Odontopediatria	0	0	6	6	88
Otra Especialidad	17	0	9	28	47
Diplomado en Odontopediatria	0	0	0	0	100
Otro Diplomado	5	0	36	34	25
Maestría en Odontopediatria	0	0	0	0	100
Otros	10	0	27	24	39

Fuente: Elaboración propia

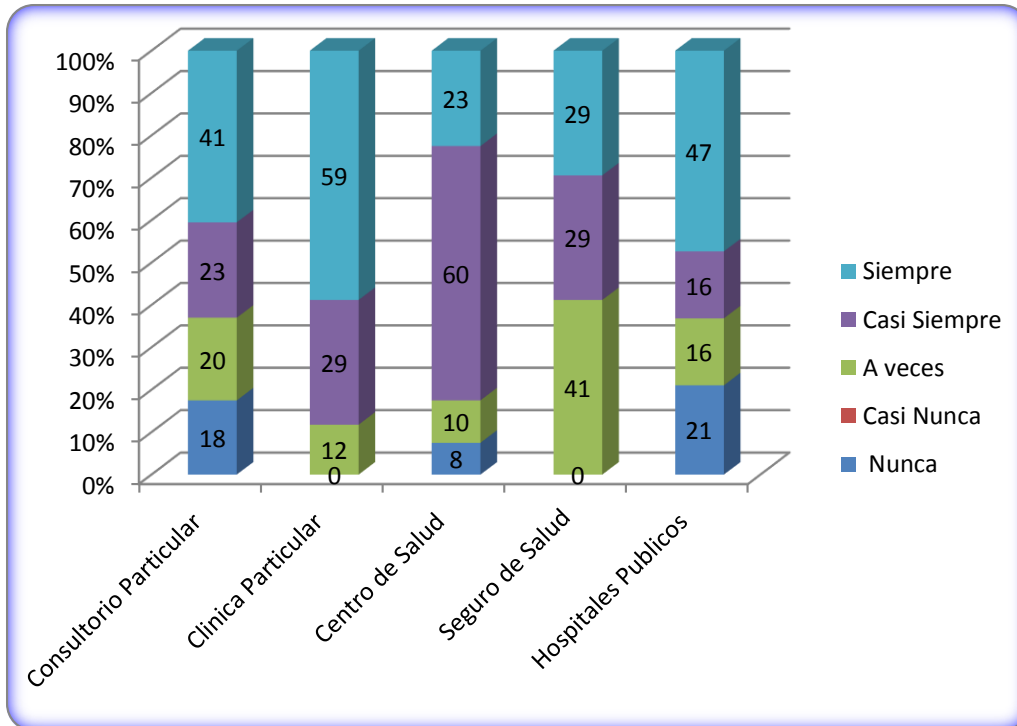


Interpretación: Según el nivel de formación académica, los Especialistas en Odontopediatria, Diplomado y Maestría en Odontopediatria, aplican y utilizan siempre las técnicas No farmacológicas en relación a otras especialidades.

**CUADRO Y TABLA N°11
TIPO DE SERVICIO – MANEJO CONDUCTUAL. POR ODONTÓLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015**

Valoración	Nunca %	Casi Nunca %	A veces %	Casi Siempre %	Siempre %
Consultorio Particular	18	0	20	23	41
Clínica Particular	0	0	12	29	59
Centro de Salud	8	0	10	60	23
Seguro de Salud	0	0	41	29	29
Hospitales Públicos	21	0	16	16	47

Fuente: Elaboración propia

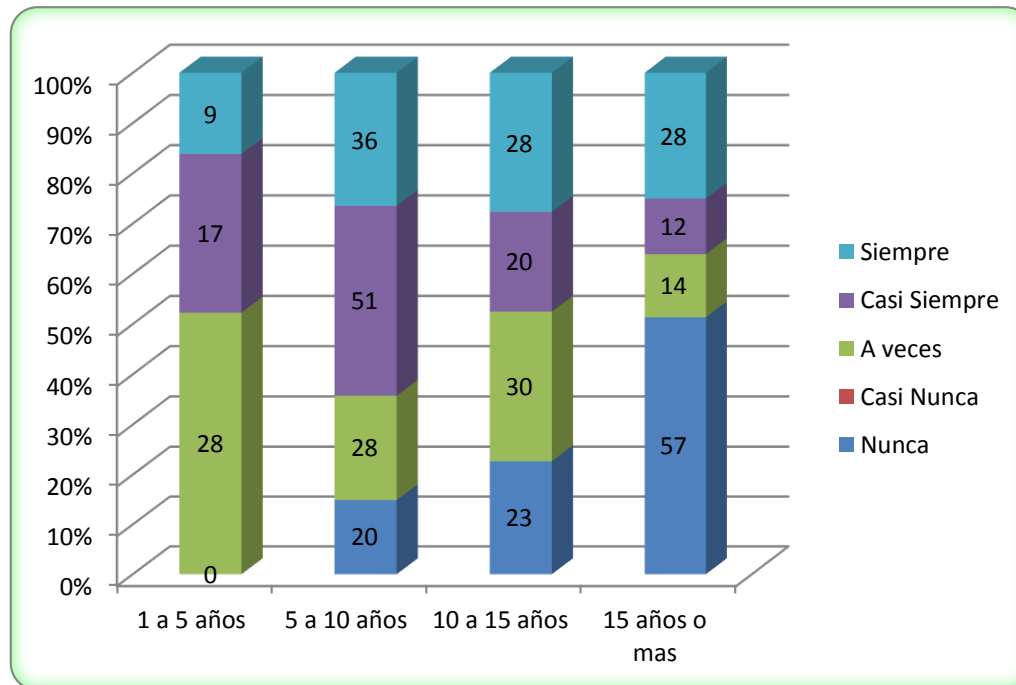


Interpretación: Los profesionales odontólogos que trabajan en Consultorios, Clínicas Particulares, Centros de Salud y Hospitales Públicos siempre utilizan las TMC. Cabe destacar que el 21% de profesionales de Hospitales Públicos y 18% de consultorios particulares expresaron que nunca usan TMC.

TABLA Y GRÁFICO N°12
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL - MANEJO CONDUCTUAL POR ODONTOLOGOS COLEGIADOS
DE SUCRE. GESTION 2015

Valoración	1 a 5 años %	5 a 10 años %	10 a 15 años %	15 años o más %
Nunca	0	20	23	57
Casi Nunca	0	0	0	0
A veces	28	28	30	14
Casi Siempre	17	51	20	12
Siempre	9	36	28	28

Fuente: Elaboración propia



Interpretación: El 57% de los profesionales con 15 o más años de experiencia nunca utilizan las técnicas No farmacológicas.

CAPÍTULO V

V. DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIONES

En este estudio se describieron las técnicas de manejo de conducta del paciente niño desde la perspectiva de los odontólogos colegiados de la ciudad de Sucre.

De acuerdo al uso de las técnicas de manejo de conducta. Gran parte de los profesionales con un 49,2% siempre utilizan la técnica decir-mostrar-hacer, seguida de refuerzo positivo con un 23,6% y la técnica menos utilizada fue mano sobre boca en un 96,5%.

- En la clínica del niño, la técnica más utilizada fue decir-mostrar-hacer en 78,1%, seguida de refuerzo positivo con 45,3%, y la menos utilizada fue la técnica mano sobre boca con 58,4%⁹.

a) De acuerdo al nivel capacitación y especialización de los profesionales odontólogos, se puede observar que existe un bajo porcentaje de 10,3% entre especialistas, diplomados y maestrías en Odontopediatría.

- Según un estudio por Paredes (1999), agrega que a fines del siglo pasado, las áreas odontológicas preferidas por los dentistas para realizar una capacitación post-gradual fueron ortopedia/ortodoncia 28,82%, cirugía oral y maxilofacial 13,51%, endodoncia 13,06% y Odontopediatría 10,36%¹⁶.

- Hubo categorías de especialidades como: Odontopediatría y Operatoria Dental y Estética en las que el porcentaje de mujeres fue marcadamente superior al de hombres graduados 77% y 76,9% respectivamente¹⁷.

b) En base a los años de experiencia profesional de los profesionales odontólogos. Un gran porcentaje de profesionales con un 35,8% de 5 a 10 años de experiencia resulta ser es una muestra representativa.

- La mayoría (30 %) de los odontólogos de los ministerios que respondieron la encuesta tienen entre 10 y 20 años de experiencia y la minoría (9 %) están en edades de 0 a 10 años¹⁸.

c) Según el tipo de servicio (lugar de trabajo) de los profesionales odontólogos. Cabe hacer notar que el 78,7% de los profesionales atienden en sus consultorios particulares.

- Un estudio realizado por Paredes (1999), señaló que el 80,8% de los dentistas trabajaban en un consultorio propio¹⁶.

5.2. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se llegó a las siguientes conclusiones:

Las técnicas de manejo de conducta que más aplican y utilizan los profesionales odontólogos son: D-M-H (técnica de preferencia de los profesionales) seguida del refuerzo positivo, modelamiento, control de voz. Cabe resaltar que las técnicas de restricción física y mano sobre boca no son muy utilizadas en nuestro medio, debido al trauma que puede generar en el paciente infantil.

a) De acuerdo al nivel de capacitación y especialización de los profesionales odontólogos colegiados en Sucre. Todos cuentan con una licenciatura porque es un requisito para colegiarse. Existe un bajo porcentaje de especialistas en Odontopediatría, quienes utilizan siempre las técnicas de manejo conductual en comparación con otras especialidades.

b) En base a los años de experiencia profesional de los odontólogos colegiados en Sucre. El mayor porcentaje tiene una experiencia de 5 a 10 años, tienen más paciencia y están más actualizados. Mientras que un menor porcentaje de más de 15 años de experiencia, ya no usan las técnicas de manejo conductual y derivan a otros especialistas del área, por la falta de paciencia y cansancio en la práctica odontológica.

c) Según el tipo de servicio (lugar de trabajo) de los profesionales odontólogos colegiados en Sucre. Un alto porcentaje de los profesionales trabajan en consultorios particulares e instituciones de salud, que usan las TMC, sin embargo un porcentaje de profesionales que trabajan en hospitales públicos y consultorios particulares, no las usa.

5.3. RECOMENDACIONES

- ☞ Es necesario evaluar y tratar al paciente pediátrico, mediante la aplicación de las diferentes técnicas de manejo de conducta, de acuerdo a su estado emocional.
- ☞ Se recomienda a los profesionales Odontólogos colegiados en Sucre que dispongan en su consultorio u otra institución de salud que atienda a pacientes pediátricos, con algún medio autodidáctico (juegos lúdicos, rompecabezas, peluches, otros) y medios audiovisuales y/o auditivos (TV, videos educativos, lentes virtuales con auriculares y musicoterapia) con el objetivo de distraer, divertir, entretener y motivar a los niños durante la atención odontológica.
- ☞ Es recomendable que el profesional utilice un consentimiento informado para la aplicación de las técnicas de manejo de conducta, como documento médico legal, mediante el cual se garantiza la comunicación entre los Padres y el odontólogo, para un mejor manejo del niño. Con mayor relevancia en las técnicas estricción física y mano sobre boca.
- ☞ Se recomienda a las Facultades Odontológicas del Sistema Universitario Nacional, tanto públicas como privadas; incluir la asignatura de manejo de conducta en la población infantil, dentro del plan curricular.
- ☞ Resaltar la necesidad de contar con mayor cantidad de especialistas en Odontopediatría en la ciudad de Sucre, que puedan brindar una atención odontológica adecuada para los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carr K, Wilson S, Nimer S, Thornton J. Técnicas de control del comportamiento entre los dentistas pediátricos que ejercen en el sureste de Estados Unidos. *Revista PediatrDent.* 1999 Sep-Oct; 21(6): pp. 347-353.
2. Adair S, Schafer T, Waller J, Rockman R. La edad y las diferencias de género en el uso de técnicas de manejo de conducta por los dentistas pediátricos. *Revista PediatrDent.* 2007. Sep-Oct; 29(5): pp. 403-408.
3. Abanto J, Pinto K, Bönecker M, Nahás F, Nahás M. Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *RevEstomatol Herediana.* 2010; 20(2):101. Rode Artículo de Revisión. Acceso (21 de Febrero de 2014). Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2010/vol20_n2/vol20_n2_10_art8.pdf
4. Pucha M. Tipos de comportamiento y su manejo odontológico en niños de 3 a 8 años, que acuden al consultorio dental del patronato provincial de amparo social de la ciudad de Loja, durante el periodo abril-septiembre del 2011. [Internet]; 7,11-14. Monografía. Acceso (27 de Febrero de 2014). Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:8080/jspui/bitstream/123456789/5307/1/Pucha%20Loarte%20Martha%20Cecilia%20.pdf>
5. Escobar F. *Odontología Pediátrica. Conducción Psicológica del Paciente Nino en Odontopediatría.* Ed. Universitario, Santiago, Chile; 2004. pp. 31-52.
6. Nahás M. *Odontopediatría en la Primera Infancia. Abordaje del Comportamiento en la Atención Odontopediátrica.* Ed. Grupo Nacional GEN, Sao Paulo, Brasil. pp. 19-130.

7. Cárdenas J. Manejo no Farmacológico en el Paciente Pediátrico. Postgrado de Odontopediatría, Instituto de Ciencias de la Salud (CES).[Internet]; Tesis. Medellín, Colombia. Acceso (30 de Marzo de 2014). Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina-odontologia/odontologia/manejo-no-farmacologico-en-el-paciente-pediatrico/>
8. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La Evolución del Niño al Adulto Joven. Editorial Ripano. 1º Edición. Madrid: 2010. pp. 109-120.
9. Lopera M, Cardeño V, Muñetones C, Serna E, Díaz M, Bermúdez P. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. [Internet]; Tesis. Artículos de Investigación Científica y Tecnológica. pp. 60-63. Acceso (31 de Mayo de 2015). Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina-odontologia/odontologia/manejo-no-farmacologico-en-el-paciente-pediatrico/>
10. Jiménez S, García M. Estudio de las Técnicas de Manejo de Conducta Implementadas en los Programas de Educación Superior de Odontología Pediátrica en México. Diciembre de 2011. Universidad Autónoma De Nuevo León Facultad De Odontología. [Internet]; Tesis. pp.6-39. Acceso (4 de Junio de 2015). Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/2487/1/1080224660.pdf>
11. Nava V, Fragoso R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. Facultad de Odontología. Octubre – Diciembre de 2012. [Internet]; Revista Odontológica Mexicana pp.242-251. Acceso (23 de Junio de 2015). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2012/uo124c.pdf>

12. Bueno C. Técnica químico mecánica para el tratamiento Ultraconservador y mínimamente invasivo de la caries dentinaria mediante el uso del gel papacarie y el ionómero de vidrio en niños menores de 5 años. U.M.R.P.S.F.X.CH.; C.E.P.I.; Facultad de Odontología. Sucre - Bolivia 2008. [Internet]; Tesis. p.21. Acceso (26 de Junio de 2015). Disponible en:
http://www.usfx.bo/nueva/Cepi/466_Tesis%20Editadas%20CEPI/22_Especialidad/10_Odontopediatr%EDa/qu%EDmico%20mec%E1nica%20para%20el%20tratamiento%20Ultraconservador/T%E9cnica%20qu%EDmico%20mec%E1nica%20para%20el%20tratamiento.pdf

13. Amambal J, Barrios D, Chinchay L, Chirri W, Cuzcano M, Sosa L, Sánchez A, Vargas H, Vásquez C. Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima – Perú 2009. [Internet]; Trabajo de Investigación. p.9-10. Acceso (4 de Julio de 2015). Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/quintana_sc.pdf

14. Censo Nacional de Población y Vivienda 2012, Datos oficiales: Habitantes en Bolivia. Bolivia. La Razón 2013. [Internet]; Acceso (4 de Julio de 2015). Disponible en:
<http://www.icees.org.bo/2013/01/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2012-datos-oficiales-habitantes-en-bolivia/>

15. Aguirre A, Ríos T, Huamán J, Miranda C, Porta Santos K. La práctica restaurativa atraumática: una alternativa dental bien recibida por los niños. Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Estomatología. Trujillo, La Libertad, Perú. 2012 [Internet]; Revista Panamericana de Salud Pública.Artículos-Scielo.Acceso (13 de Julio de 2015). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892012000200009&script=sci_arttext

16. Botetano R, Ascano J. Situación laboral previa de nuevos colegiados procedentes de universidades nacionales y privadas de Lima (Ejercicio ilegal de la Odontología en Lima). Colegio Odontológico del Perú. Gestión 2012-2013. [Internet]; Apuntes sobre el Ejercicio de la Odontología en el Perú. p.14. Acceso (14 de Julio de 2015). Disponible en: http://www.cop.org.pe/pdf/LIBRO_Apuntes_Ejercicio_Odontologia_2013.pdf

17. Pardo F. Caracterización del talento humano en salud oral por especialidades en Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de salud pública. Bogotá, Colombia 2012. [Internet]; Tesis. p.54. Acceso (14 de Julio de 2015). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7706/1/05599093-2012.pdf>

18. Jiménez J. Empleabilidad en Odontología Estudio sobre las posibilidades de incorporarse a la práctica clínica en las instituciones estatales de Costa Rica. Universidad Latinoamericana de la Ciencia y Tecnología 2012. [Internet]; Artículo de Investigación. p.15. Acceso (14 de Julio de 2015). Disponible en: b9.ulacit.ac.cr/tesinas/Publicaciones/041650.pdf

19. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría ALOP Nosotros. [Internet]; Revista de Odontopediatría Latinoamericana. Editorial Ripano 2011. p.1. Acceso (15 de Julio de 2015). Disponible en: <http://www.revistaodontopediatria.org/nosotros>

BIBLIOGRAFIA

Adair S, Schafer T, Waller J, Rockman R. La edad y las diferencias de género en el uso de técnicas de manejo de conducta por los dentistas pediátricos. *Revista PediatrDent.* 2007. Sep-Oct; 29(5): pp. 403-408.

Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría. La Evolución del Niño al Adulto Joven.* Editorial Ripano. 1º Edición. Madrid: 2010. pp. 109-120.

Carr K, Wilson S, Nimer S, Thornton J. Técnicas de control del comportamiento entre los dentistas pediátricos que ejercen en el sureste de Estados Unidos. *Revista PediatrDent.* 1999 Sep-Oct; 21(6): pp. 347-353.

Escobar F. *Odontología Pediátrica. Conducción Psicológica del Paciente Niño en Odontopediatría.* Ed. Universitario, Santiago, Chile; 2004. pp. 31-52.

ANEXOS

ANEXO N°1

CRONOGRAMA (de actividades)

	Ag14	Se14	Oc14	Nv14	Dc14	En15	Fb15	Mr15	Ab15	My15	Jn15	Jl15
Fase Preparatoria												
Trabajo de Campo												
Fase Analítica												
Fase Informativa												

PRESUPUESTO (si el caso amerita)

- ✓ 254 Fotocopias para Encuestas-Cuestionarios, de una población de 742 odontólogos colegiados en la ciudad de Sucre.

ANEXO N°2 Cálculo de la Muestra (Epidat v.3.0)

1. Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

N= 742

Z= 1,96 (95%)

P=50%

Q= 100 – P; Q= 50

d= 5

$$n = \frac{NZ^2(P*Q)}{d^2(N - 1) + Z^2 (P*Q)}$$

$$n = \frac{742*(1,96)^2*(50*50)}{5^2*(742-1)+(1,96)^2*(50*50)}$$

n= 254

Tamaño poblacional: 742

Proporción esperada: 50,000% Artículo de México, 2012

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,0

Precisión (%) Tamaño de muestra

Precisión (%)	Tamaño de muestra
1,000	689
2,000	567
3,000	438
4,000	332
5,000	254

Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional: 742

Tamaño de muestra: 254

Nivel de Confianza: 95%

Proporción: 50%

Precisión: 5%

2. Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional: 742

Tamaño de muestra: 254

3. Número de los sujetos seleccionados

2	3	8	10	12	15	18
21	22	28	29	30	32	35
36	37	40	42	47	48	57
58	59	60	62	70	71	76
80	81	83	86	88	91	96
99	100	103	104	108	109	111
113	116	117	118	126	127	136
141	144	146	148	149	150	154
159	164	169	172	177	179	184
188	189	191	193	200	202	206
211	212	214	216	218	220	230
231	233	234	236	238	243	248
252	253	254	255	261	263	265
267	271	273	274	276	277	281
282	284	287	288	289	291	294
295	297	298	305	307	308	314
316	318	321	322	325	330	332
341	346	347	349	356	361	363
370	373	374	382	386	388	393
395	396	398	404	413	414	419
420	428	429	431	434	435	438
440	441	443	446	449	450	451
454	456	457	460	462	468	469
472	475	479	480	481	483	485
486	487	490	491	493	500	506
510	511	516	517	522	526	529
530	532	539	541	542	544	545
546	549	554	559	560	561	563
566	569	571	573	578	580	581
582	584	585	590	591	592	593
595	599	604	606	608	611	612
617	619	623	628	635	639	640
641	644	650	651	652	654	655
661	663	666	667	673	676	682
683	685	687	690	692	695	698
706	707	709	710	725	732	735
737	74					

Anexo N° 3 Cuestionario

1. Nivel de Formación Académica: (Puede marcar más de una opción)

- Licenciado en Odontología
- Especialista en Odontopediatría
- Otra especialidad
- Diplomado en odontopediatría
- Otro diplomado
- Maestría en Odontopediatría
- Otros

2. Años de Experiencia Profesional:

1 a 5 años 5 a 10 años 10 a 15 años 15 años o más

3. Tipo de Servicio en que trabaja: (Puede marcar más de una opción)

- Consultorio Dental Particular:
- Clínica Dental Particular
- Centros de Salud
- Seguros de Salud
- Hospitales Públicos

4. ¿Qué tipo de Técnica de Manejo, utiliza usted durante la atención odontológica en el paciente pediátrico?

Técnica	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Manejo conductual					
Sedación – Anestesia General					

5. ¿Qué Técnica de Manejo de Conducta, utiliza usted antes y durante la atención odontológica en el paciente pediátrico?

Técnica	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Decir - Mostrar - Hacer					
Refuerzo positivo					
Modelamiento					
Control de voz					
Comunicación no verbal					
Restricción Física					
Mano sobre Boca					

6. ¿En su consultorio odontológico cuenta usted con algún medio autodidáctico? (Juegos lúdicos, medios audiovisuales, etc.).

Sí No

7. De acuerdo al comportamiento del niño, previo a su atención. ¿usted qué tipo de técnica conductual utiliza?

Técnica	Miedosos - Nerviosos	Desafiantes	Tímidos	Incorregibles
Decir - Mostrar - Hacer				
Refuerzo positivo				
Modelamiento				
Control de voz				
Comunicación no verbal				
Restricción Física				
Mano sobre Boca				

8. ¿Considera que es bueno informar y realizar un consentimiento informado a los padres, para la aplicación de las técnicas de manejo de conducta?

Técnica	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Decir - Mostrar - Hacer					
Refuerzo positivo					
Modelamiento					
Control de voz					
Comunicación no verbal					
Restricción Física					
Mano sobre Boca					

9. Usted con sus años de experiencia profesional, ha utilizado las técnicas de manejo de conducta:

- Desde Pregrado
- Durante su post grado
- Concluido su Posgrado

Gracias por su tiempo y colaboración

ANEXO N°4

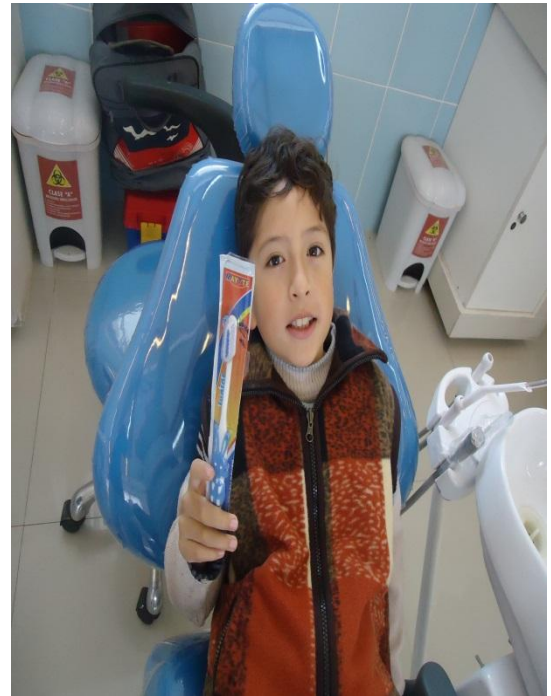
Validación del Cuestionario por un juicio de expertos conformado por 15 especialistas en Odontopediatría. (Dr. Perea mis fichas clínicas ya están en mi tesis con sus sellos)

1. A. J. L.
2. C. S. M.
3. D. V. D.
4. D. M. G.
5. E. M. N.
6. F. R. E.
7. G. V. M.
8. L. P. E.
9. M. C. M.
10. M. L. M.
11. P. B. M.
12. S. M. C.
13. V. D. R.
14. V. P. S.
15. Z. BLV. L. A.

ANEXO N°5 FOTOGRAFIAS EN EL TRANCURSO DE LA MAESTRÍA



Comunicación No Verbal



Refuerzo Positivo



Restricción Física



Decir – Mostrar - Hacer