



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

TEMA:

**“COOPERACIÓN DEL PACIENTE RELACIONADO A LOS TRATAMIENTOS
ORTODÓNTICOS FIJOS A CORTO PLAZO”**

AUTORA:

MARY LAUREN MENDOZA DELGADO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. CELIA PONCE FAULA Mg. Gs.

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2013



CERTIFICACIÓN

Dra. Celia Ponce Faula, certifica que la tesis de la investigación titulada **“Cooperación del paciente relacionado a los Tratamientos Ortodónticos Fijos a corto plazo”**, es trabajo original de Mary Lauren Mendoza Delgado, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Celia Ponce Faula Mg. Gs.

DIRECTORA DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“Cooperación del paciente relacionado a los Tratamientos Ortodónticos Fijos a corto plazo”

Tesis de grado sometida a tribunal examinador como requisito previo a la
obtención del título de Odontólogo.

COORDINADORA DE LA CARRERA
Dra. Ángela Murillo Almache Mg.Sp

DIRECTORA DE TESIS
Dra. Celia Ponce Faula Mg. Gs.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL
Dra. Alexandra Valarezo Chumo Mg. Gs.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Dra. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Dra. Tatiana Moreira Solorzano Mg.Ge.



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Las responsabilidades de ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo, **“COOPERACIÓN DEL PACIENTE RELACIONADO A LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS FIJOS A CORTO PLAZO”**, pertenecen exclusivamente a la autora.

MARY LAUREN MENDOZA DELGADO

AGRADECIMIENTO

Dar gracias a Dios como proveedor de mi vida, siento que no es suficiente; demostrarle a Él mi gratitud disfrutando la profesión adquirida, reforzando mis conocimientos y sirviendo a la comunidad dentro de la sociedad que nos desenvolvemos sería mucho mejor y gratificante para Él y para las personas con las que comparto el día a día en mi vida.

Agradezco a mis padres que han sido el pilar fundamental en el largo trayecto de mi carrera, siendo sincera, las palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos en general por ser parte de mi presente, a los catedráticos por impartir sus sabios conocimientos y por su temple demostrado en las aulas de clases, a mis compañeros de la universidad por el apoyo mutuo, las risas y momentos compartidos; recuerdos que perdurarán por siempre en mi corazón. Este, no es el último paso de una de mis metas; es más bien, el inicio de una gran carrera profesional, donde empieza una nueva vida, nuevos retos, en la que regalaré muchas sonrisas con mis servicios.

Mary Lauren Mendoza Delgado

DEDICATORIA

“El hombre sin Dios simplemente no existiría”, esta investigación se la dedico de manera única y especial a Él, a ese ser Supremo, por haberme dado la vida y las personas que poco a poco han llenado cada uno de los espacios en ella; por iluminar mi mente, brindarme sabiduría, guiar mis pasos y ser el principal partícipe de cada uno de mis días.

A mis padres, porque con su amor, esfuerzo y dedicación hicieron de mí la mujer perseverante que soy y han sabido darme fortaleza en los momentos difíciles, orientarme, cuando lo he necesitado y estar siempre pendiente de mí y de mi vida. A mis hermanos y demás familiares que, sin lugar a dudas, siempre han estado conmigo; “pues mi vida sin la familia simplemente no sería mía”; a mis amigos les dedico este triunfo también, porque de una u otra manera han sabido acompañarme y ayudarme cuando lo he necesitado.

“Para lograr una meta no sólo basta con recorrer su camino, es necesario también amor para recorrerlo, así la satisfacción será mucho más grande”. Pues, este arduo trabajo es el paso final en el logro de una de mis metas; es la conclusión de un largo camino recorrido, no sólo mío sino de mis padres también.

Mary Lauren Mendoza Delgado

SUMARIO

La investigación se desarrolló mediante la aplicación de encuestas dirigidas a los estudiantes que atienden en las clínicas odontológicas y a los padres de los niños atendidos en las Ortodoncia y Pediatría, además se realizaron fichas de observación a los pacientes de las Clínicas de la USGP Consta de V Capítulos:

Capítulo I, se menciona Planteamiento y Formulación del problema, Justificación, Objetivos y la Hipótesis de la investigación, Capítulo II, Marco Teórico, el cual incluye el marco institucional, en el que se describe brevemente la Universidad San Gregorio de Portoviejo, donde se realizó la investigación y, las variables que refiere los tratamientos ortodónticos fijos a corto plazo, indicaciones, ventajas, lesiones por el uso de la aparatología, hábitos parafuncionales, aparatos fijos indicados y recomendaciones; por otra parte, trata a cerca de psicología infantil, actitudes del niño en la consulta, la cooperación de la familia, perfil de los padres y el odontólogo, manejo del niño, consejos para mejorar el comportamiento del niño en el tratamiento.

Capítulo III, refiere la Metodología de la Investigación, Métodos, Técnicas, Recursos, Población y Muestra; Capítulo IV, Análisis e Interpretación de los Resultados de las encuestas y fichas de observación, las Conclusiones y Recomendaciones, que sugieren alternativas de solución y Bibliografía en base al Proyecto realizado se establece una propuesta alternativa dirigida a los estudiantes y padres de familia con sus respectivos anexos.

SUMMARY

The research was conducted by implementing surveys aimed at serving students in the Dental Clinics and parents of children served in Orthodontics and Pediatrics, were further observation forms to patients of the USGP Clinics V comprises Chapters:

Chapter I mentioned the approach and the formulation of the problem, the rationale, objectives and research hypothesis, Chapter II, Theoretical Framework, which includes the institutional framework, which briefly describes the San Gregorio Portoviejo University where the research was conducted and the variables referring fixed orthodontic treatments in the short term, indications, advantages, injuries using the appliance, parafunctional habits, fixtures and recommendations listed on the other hand, is about psychology infant, child attitudes in the query, the cooperation of the family, and parents profile the dentist, child management, tips to improve the child's behavior in treatment.

Chapter III refers Research Methodology, Methods, Techniques, Resources, Population and Sample, Chapter IV, Analysis and Interpretation of Results of surveys and observation forms, the conclusions and recommendations, which suggest alternative solutions and Bibliography based on the established Project made an alternative proposal aimed at students and parents with their annexes.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA.....	vi
SUMARIO.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES.....	2
CAPÍTULO I.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4 OBJETIVOS.....	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos.....	7
1.5 HIPÓTESIS	7
CAPÍTULO II.....	8
2 MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 MARCO INSTITUCIONAL.....	8
2.2 ORTODONCIA FIJA A CORTO PLAZO	10
2.2.1 Componentes de la aparatologías fijas.....	13
2.2.2 Adaptación y cementado de las bandas	14
2.2.3 Efectos de las bandas sobre los tejidos gingivales	19
2.2.4 Recomendaciones.....	25
2.2.5 Ortodoncia fija y la corrección de hábitos orales inadecuados.....	25
2.2.6 Aparatología fija indicada	37
2.2.7 Mantenedores de espacio.....	39
2.2.8 Recomendaciones para el paciente.....	47
2.3 COOPERACIÓN DEL PACIENTE.....	48
2.3.1 Actitudes psicosociales del niño	49
2.3.2 Actitudes negativas del niño en la consulta odontológica	53

2.3.3	El niño y la autoestima.....	61
2.3.4	Perfil del adulto.....	63
2.3.5	La cooperación de la familia con el paciente y su tratamiento	64
2.3.6	El odontólogo.....	71
2.3.7	Manejo del paciente pediátrico en la consulta odontológica.....	74
2.3.8	El ambiente de trabajo y su entorno	81
2.3.9	Consejos que se debe seguir en la consulta con el paciente pediátrico.....	82
CAPÍTULO III.....		86
3	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
3.1	MÉTODOS	86
3.1.1	Modalidades básicas de la investigación	86
3.1.2	Nivel o tipo de investigación	86
3.2	TÉCNICAS.....	87
3.3	INSTRUMENTOS	87
3.4	RECURSOS.....	87
3.4.1	Talento humano.....	87
3.4.2	Recursos tecnológicos.....	87
3.4.3	Materiales	87
3.5	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	88
3.5.1	Población.....	88
3.5.2	Tamaño de la muestra	88
3.5.3	Tipo de muestreo.....	88
CAPÍTULO IV		89
4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	89
4.1	Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los estudiantes de las Clínicas Odontológicas de la USGP	89
4.2	Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los padres de familia de los pacientes que se atienden en las Clínicas Odontológicas de la USGP	101
4.3	Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los pacientes de las Clínicas Odontológicas de la USGP	107
4.4	Análisis e interpretación de los objetivos específicos	117
4.4.1	Indagar la aceptación que tenga el niño al uso de la aparatología en el tratamiento ortodóntico	117

4.4.2 Establecer la forma de aislar y el cemento utilizado por los estudiantes para relacionarlo con la retención del aparato.	125
4.4.3 Valorar el nivel de compromiso de los padres en el tratamiento del niño para poder determinar los resultados del tratamiento ortodóncico empleado.....	130
CONCLUSIONES	132
RECOMENDACIONES.....	135
LISTA DE REFERENCIAS	137
CAPÍTULO V	141
5 PROPUESTA ALTERNATIVA.....	141
ANEXOS	

ÍNDICE DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV	89
4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	89
4.1 Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los estudiantes de las Clínicas Odontológicas de la USGP.	89
CUADRO N° 1.....	89
a) Edad del paciente	89
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	90
CUADRO N° 2.....	91
b) Al adaptar la aparatología ortodóntica, su paciente se sintió contento con el tratamiento:	91
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	92
CUADRO N° 3.....	93
c) En el tratamiento empleado, el niño manifestó conductas tales como:	93
GRÁFICO N°3.....	93
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	94
CUADRO N° 4.....	95
d) Sus pacientes están recibiendo el tratamiento por:	95
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	96
CUADRO N° 5.....	97
e) Cuando el niño no coopera en el tratamiento, usted :	97
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	98
CUADRO N° 6.....	99
4.2 Análisis e Interpretación de las encuestas dirigidas a los padres de familia de los pacientes que se atienden en las Clínicas Odontológicas de la USGP.	101
CUADRO N° 1.....	101
a) Cuando tiene algún inconveniente en el uso de la aparatología de su hijo usted .	101
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	102
CUADRO N° 2.....	103
b) ¿Ha observado cambios importantes desde que se inicio el tratamiento?	103
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	104
CUADRO N° 3.....	105
c) ¿Usted se compromete a llevar al niño para concluir el tratamiento?	105
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	106

4.3 Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los pacientes de las Clínicas Odontológicas de la USGP.....	107
CUADRO N° 1.....	107
a) Diseño del aparato ortodóntico usado.....	107
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	108
CUADRO N° 2.....	109
b) Cemento usado en el aparato ortodóntico	109
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	110
CUADRO N° 3.....	111
c) Forma de aislamiento del campo operatorio	111
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	112
CUADRO N° 4.....	113
d) Inconvenientes en el uso de la aparatología ortodóntica	113
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	114
CUADRO N° 5.....	115
e) Lesiones orales causadas por el uso de la aparatología.....	115
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	116
4.4 Análisis e Interpretación de los objetivos específicos	117
4.4.1 Indagar la aceptación que tenga el niño al uso de la aparatología en el tratamiento ortodóntico	117
CUADRO N° 1.....	117
a) Pacientes satisfechos con el tratamiento:.....	117
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	119
CUADRO N° 2.....	121
b) Pacientes aceptaron el tratamiento por:.....	121
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	123
4.4.2 Establecer la forma de aislar y el cemento utilizado por los estudiantes para relacionarlo con la retención del aparato.	125
CUADRO N° 1.....	125
a) Forma del aislamiento relativo relacionado con el cemento.....	125
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	127
CUADRO N° 2.....	128
b) Forma de aislar en relación con la retención del aparato ortodóntico.....	128
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	129

4.4.3 Valorar el nivel de compromiso de los padres en el tratamiento del niño para poder determinar los resultados del tratamiento ortodóncico empleado.....	130
CUADRO N° 1.....	130
a) Observación de cambios y compromisos de los padres en el tratamiento	130
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	131

INTRODUCCIÓN

En la sociedad en la que nos desenvolvemos, la apariencia física juega un papel fundamental en la vida de los individuos; desde edades tempranas las personas buscan mejorar o prevenir futuros daños que puedan perjudicar su estética. La Odontología, como aporte para la salud y bienestar del ser humano, tiene una serie de ramas que ayudan a los individuos a mejorar la salud oral y muchas veces la imagen en sí.

De tal manera, que la demanda de tratamientos de este tipo va en aumento con el pasar de los días. La Ortodoncia es una de las disciplinas que forman parte de estos tratamientos, con el fin de obtener no sólo una sonrisa agradable y perfecta ante los ojos del hombre, sino, también devuelve el correcto funcionamiento de los dientes, mejorando la naturalidad de los mismos y sus estructuras adyacentes. Empleando aparatos fijos y removibles para lograr los objetivos en el respectivo plan de tratamiento, logrando de este modo la satisfacción del paciente.

Diversos factores pueden incidir para que los niños adopten diversas actitudes en la consulta, todo tratamiento realizado a niños necesita de su cooperación; además, los aparatos ortodónticos fijos algunas veces pueden tener impactos sobre el niño influyendo en su cooperación. Por tal motivo, el profesional debe estar preparado, conocer las técnicas correctas y las recomendaciones, saber el manejo adecuado del niño y sus padres y, de este modo se fortalecerá la relación operador, padre, paciente, juntos en esta triada se podrá alcanzar el éxito del tratamiento.

ANTECEDENTES

La Universidad San Gregorio de Portoviejo, en su estatuto universitario (artículo 9 literal a) hace constatar que para la Obtención del Título Profesional de Tercer Nivel, el aspirante debe realizar una tesis de su especialidad, la cual tiene que ser sustentada y aprobada por el respectivo tribunal, para esto deberá realizarse una investigación enfocando un problema específico.

La falta de cooperación del paciente pediátrico en los tratamientos ortodónticos fijos a corto plazo, puede repercutir en el éxito del mismo. Los pacientes pediátricos requieren especial cuidado de su manejo en la consulta odontológica; asimismo, el operador deberá usar las técnicas adecuadas en el uso de la aparatología e informar a los padres sobre recomendaciones o cambios que puedan darse a lo largo del plan de tratamiento. En esta investigación se pudieron evidenciar las causas por lo que el paciente pediátrico muchas veces no coopera en los tratamientos ortodónticos fijos.

Los beneficiarios de la investigación fueron los estudiantes y los pacientes que se atienden en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a los cuales se les fomentó la importancia de la cooperación tanto de padre como hijos para que este tipo de tratamientos cumpla los objetivos y así obtener satisfacción por parte del paciente y del operador. Por otra parte al operador se le impartió conocimientos sobre las técnicas adecuadas en estos tratamientos y las recomendaciones a seguir en el mismo.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Odontología, a menudo suele pasar que no se obtiene los resultados esperados a los diferentes tipos de tratamientos que el operador realiza en su consulta diaria, al hablar de ortodoncia fija a corto plazo, se refiere a tratamientos con duración de tiempo de 3 a 6 meses promedios; así mismo existen casos clínicos en los cuales el periodo del plan de tratamiento pueda ser prologando. Esta rama de la Odontología abarca una gama de tratamientos, como por ejemplo: la rejilla palatina fija, los mantenedores de espacio fijos, entre otros.

Diversos inconvenientes pueden surgir al momento de tratar un paciente, los mismos que van a retrasar el plan de tratamiento, y obviamente, esto de alguna manera va a repercutir en el éxito del mismo, y, así no se van a poder cumplir los objetivos trazados: uno de los principales factores que influye en los tratamientos ortodónticos realizados a niños, es la poca cooperación de los pacientes, o la falta de compromiso del mismo o de sus familiares.

Actualmente, donde la Ortodoncia es un tratamiento muy común e importante en su población, y en el campo de la odontología es considerada como una de las ramas que posee una gran demanda de pacientes. A nivel mundial, se ha podido demostrar mediante diversas investigaciones, que las aparatologías fijas a corto plazo aplicadas en niños, no refleja éxito en todos los casos clínicos. Existen estudios en distintas universidades, en los cuales se intenta valorar el éxito en estos tratamientos, los mismos que afirman que de los casos clínicos estudiados,

un 60% logra el éxito deseado, y estos valores se atribuyen mayormente a la cooperación que el paciente demuestra en el transcurso del plan de tratamiento empleado por el operador.

A nivel de Latinoamérica, se han realizado diversas investigaciones relacionadas al uso de estas aparatologías y la efectividad que se logra en cada caso clínico, reflejando valores similares a los antes mencionados. En Colombia, un estudio afirma que alrededor del 70% promedio ha logrado alcanzar el éxito en tratamientos ortodóncicos fijos a corto plazo empleados a pacientes pediátricos.

De tal modo, en Portoviejo, la realidad no se aparta de esta problemática, por lo que se tiene conocimiento que en las Clínicas de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se atienden a más de 100 pacientes semestralmente en las ramas de Ortodoncia y Pediatría.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la cooperación de los pacientes atendidos en las Clínicas de la Universidad San Gregorio en los Tratamientos Ortodóncicos fijos a corto plazo? La interrogante fue respondida mediante el proceso de la investigación científica.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este estudio es muy importante, porque permitió considerar las posibles causas que originan el problema a investigar, así como también a encontrarle posibles soluciones, con el fin de mejorar el éxito en estos tratamientos, así el operador

podrá brindar un excelente servicio a los pacientes que lo necesiten. Esta investigación pretendió determinar las posibles causas que podían originar una disminuida cooperación del paciente pediátrico en los tratamientos ortodónticos fijos, la importancia de que el operador aplique las técnicas adecuadas en el tratamiento para poder brindarle la confianza tanto al paciente como a sus padres.

La Ortodoncia en todo su campo, está en constante evolución, brindando diferentes técnicas a los operadores; esta rama de la Odontología, como ya se tiene idea, no sólo ayuda en la funcionabilidad sino también en la estética; ofreciendo una gama de aparatologías, que no sólo tienen propósitos interceptivos, sino también preventivos, brindándole a la vez al operador diferentes alternativas de uso para cada caso clínico. Sin embargo, el éxito de un tratamiento ortodóntico no siempre va a depender sólo del especialista; la cooperación del paciente y de sus familiares, en especial sus padres, es fundamental para que puedan lograrse las expectativas.

Mediante esta investigación se pudo ofrecer beneficios que aportaron con la comunidad, para poder ofrecerles detalles del tipo de tratamientos que siguen sus hijos y sobretodo indicarles la importancia de su cooperación y la del paciente para que en el plan de tratamiento puedan lograrse los objetivos trazados. También se pudo instruir a los estudiantes, y se les dio las respectivas recomendaciones para alcanzar una excelente cooperación del paciente y sus padres, logrando reforzar los conocimientos adquiridos por ellos para poder mejorar la efectividad de estos tratamientos aplicados en niños.

En las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio, a diario se atiende a cantidades de pacientes de escasos recursos económicos; en busca de

servicios que ofrece la institución con atención gratuita. Esta investigación ayudará a adoptar mejores técnicas y actitudes tanto en los pacientes como en los operadores, lo cual causaría un impacto a nivel de la sociedad que lo rodea, tanto a nivel académico y formativo, ya que a su vez, el operador aprendería a educar a cada uno de sus pacientes y los padres de familia. Por otra parte, también se reforzarán los conocimientos de los estudiantes que aplican estos tratamientos, ya que la habilidad clínica que ellos tengan es uno de los factores principales para que el paciente pueda cooperar.

La investigación hace un gran aporte científico a la salud, y a las ramas de la Odontología como la Ortopedia, Ortodoncia y Odontopediatría, porque va a permitir una rehabilitación integral del paciente pediátrico, devolviendo un desarrollo armónico. La información de esta investigación se alcanzó, ya que la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, es un campo amplio de trabajo; se cuenta con la cooperación de los estudiantes, los docentes y los pacientes; también fue factible porque se cuenta con una variedad de libros, artículos, revistas, páginas web, entre otros.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la relación entre la cooperación del paciente y los tratamientos ortodónticos fijos a corto plazo.

Objetivos Específicos

- Indagar la aceptación que tenga el niño determinado por el uso del aparato ortodóntico.
- Determinar la forma de aislar y el cemento utilizado por los estudiantes para relacionarlo con la retención del aparato.
- Identificar las lesiones causadas por el uso de la aparatología ortodóntica.
- Analizar el nivel de compromiso de los padres en el tratamiento del niño para poder relacionarlo con los resultados del tratamiento ortodóntico empleado.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema encontrado.

1.5 HIPÓTESIS

La cooperación de los pacientes tratados en las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, incide directamente en los Tratamientos Ortodónticos Fijos usados a corto plazo.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO INSTITUCIONAL

La Universidad San Gregorio de Portoviejo, se encuentra ubicada en la ciudad de Portoviejo, capital de la provincia de Manabí, fue creada mediante Decreto Legislativo N° 2000-33, del 14 de diciembre de 2000, sobre la estructura de la Universidad Laica “Vicente Rocafuerte” de Guayaquil, extensión Portoviejo, que empezó a funcionar desde el 20 de mayo de 1968.

En el transcurso del año 2000, un grupo de profesionales integrados por el Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo, ex Presidente del Colegio de Odontólogos de Manabí, Dra. Luz María Hidrovo Peñaherrera, ex profesora de la Carrera de Odontología de Manta, Dr. Hugo Mendoza Vélez, Director Provincial de Estomatología de la Regional de Salud, Dr. José Lara Zavala, los mismos que se reunieron de manera consecutiva para tratar y discutir temas como las inquietudes y aspiraciones de muchos bachilleres de nuestra ciudad; así como la limitada cobertura dental de la población urbana y rural de nuestra comunidad, todos llegaron a la conclusión de que era necesario crear una Facultad de Odontología en la ciudad de Portoviejo; por lo que se realizaron reuniones con las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Posteriormente, se realizaron encuestas institucionales y entrevistas a personalidades del cantón Portoviejo, para poder conocer sus opiniones sobre el proyecto trazado y teniendo una respuesta positiva y estimulante se resolvió

encargar al Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo y la Dra. Luz María Hidrovo para su ejecución y así se elaboró un proyecto de creación de esta nueva Facultad de Odontología, dando por hecho este proyecto, para poder brindarle nuevos servicios en el área de salud a la ciudadanía portovejense y a la vez poder satisfacer la demanda de tratamientos odontológicos de la población.

El lunes 23 de septiembre de 2002 se inauguró la primera clínica odontológica, con la asistencia de autoridades de la Universidad San Gregorio y estudiantes, comenzando a funcionar en la antigua escuela Arco Iris, en ese entonces ubicada en la calle Chile. La segunda clínica odontológica, se inauguró meses después en donde funcionó el colegio Selecto, ubicada junto al Colegio 12 de Marzo de la ciudad de Portoviejo.

El 15 de septiembre de 2006, se inauguraron las áreas para prácticas odontológicas ubicadas en el edificio N° 1 del campus de la Universidad San Gregorio, ubicado en la Avenida Metropolitana, estas áreas constan de tres clínicas: Clínica "A" y "B", con 15 sillones cada una, y la Clínica "C" con 14 sillones. Así, conforme pasó el tiempo, el 14 de mayo de 2012 se inauguró un quirófano totalmente equipado, y la nueva área de radiografía con tres equipos de radiografía y zona de revelado. Actualmente la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio, presta un excelente servicio a la comunidad en general, con el objetivo de mejorar la salud oral de las personas.

2.2 ORTODONCIA FIJA A CORTO PLAZO

Como especialidad de la Odontología, la Ortodoncia genera cambios dentales y ortopédicos; por medio de la aplicación de fuerzas aplicadas hacia un objeto, que en este caso sería el diente. Toda fuerza aplicada a un cuerpo va a originar otra fuerza en sentido opuesto de la misma magnitud y trayectoria, esto se denomina “acción – reacción”. En las aparatologías ortodónticas para responder a esta “ley física de la dinámica” se debe obtener los movimientos deseados sin causar daño al diente o sus tejidos. Estos dispositivos se componen de elementos retenedores que se oponen a elementos activos, los cuales van a ser “generadores de fuerzas”.

A propósito de los tratamientos ortodónticos, Proffit, Fields, Sarver (2008), sugieren:

La demanda del tratamiento ortodóntico viene dada por el número real de pacientes que piden hora para una consulta y acuden en busca de ayuda. No todos los pacientes con maloclusión (ni siquiera los que padecen desviaciones anatómicas extremas) buscan tratamiento ortodóntico. Algunos no reconocen que tienen un problema; otros piensan que necesitan tratamiento, pero no pueden pagárselo conseguirlo. La necesidad y la demanda varían en función de las condiciones sociales y culturales (p. 19)¹.

El Grupo dental Bocanova (2012), sugiere:

El tratamiento de ortodoncia idealmente debe comenzar con el paciente niño, en aras de hacer un seguimiento del crecimiento y desarrollo y de esta manera prevenir y tratar a tiempo cualquier condición que pueda interferir en el correcto desarrollo del niño. En esta etapa del desarrollo, se encuentran como alteraciones más comunes la falta de espacio para los dientes permanentes por una discrepancia entre el tamaño dental y maxilar (párr. 2)².

¹ PROFFIT, William R. FIELDS, Henry W. Jr, SARVER, David M. (2008) *Ortodoncia Contemporánea*. (p. 19). Barcelona-España: Editorial Elsevier.

² BOCANOVA, Grupo Dental. (2012). *La Ortodoncia Especializada*. Recuperado de <http://www.bocanova.com.co/articulos/94-la-ortodoncia-especialidad-de-la-odontolog%C3%ADa.html>.

Según la Molina (2009), el hombre es un animal que aprecia como bello lo que le rodea y que construye a lo largo de la vida una especial capacidad de encontrar belleza, en el entorno; esta es una de sus capacidades emocionales, naturalmente, cuando se califica algo como estético, no solo decimos que es apreciable, sino que lo asociamos con el efecto que produce en nosotros mismos; un estado espiritual al que damos el nombre de sensación estética (pp. 6 –11)³.

También los ortodoncistas con el paso del tiempo y la ganancia de experiencias, han podido crear un concepto propio de belleza cefalométrica, que consiste básicamente en la armonía tanto morfológico y funcional de las estructuras óseas y dentarias, las mismas que a su vez se verán reflejadas sobre el perfil blando por los tejidos duros. A medida que la niñez avanza, el individuo comienza a interesarse por su apariencia física, ya que los dientes forman parte fundamental en la estética facial. Es por esto, que hoy en día se encuentra gran cantidad de pacientes en busca de tratamientos ortodónticos; muchas veces para mejorar su apariencia y sentirse mejor. Así, la ortodoncia en la mayoría de los casos es una necesidad que el individuo tiene para sentirse bien consigo mismo.

Es común encontrar en la niñez problemas esqueléticos, es decir, relaciones entre los maxilares. La labor del ortodoncista es tratar estos problemas con aparatos ortopédicos, ya que su función es guiar el crecimiento y lograr expandir los arcos maxilares; de tal modo, que pueda darse la correcta erupción de los sucesores permanentes, así se aprovecha el crecimiento del paciente y evita o se disminuyen situaciones que a futuro tendrían que corregirse con cirugías; que son tratamientos mucho mas invasivos y traumáticos en el paciente.

³ FERRER, Marcela. (2009). *La estética facial desde el punto de vista del Ortodoncista*. (pp. 6 – 11). Madrid-España: Editorial Ripano S.A.

Uno de los problemas que suelen darse comúnmente, es la impactación de algún diente permanente originado por la falta de espacio para su erupción; por esto es importante usar aparatos que sirvan de guía de erupción y el uso de aparatos ortodónticos que puedan expandir los maxilares; para así recuperar espacio y lograr que los dientes erupcionen con normalidad. Sin embargo, en casos más severos que no se puede producir el espacio suficiente para la erupción; ya que a veces se diagnostica el problema tardíamente, se utilizarán técnicas que van a incluir la aplicación de fuerzas mayores como la tracción del diente con brackets.

La Ortodoncia Fija a corto plazo radica en aparatos fijos y removibles, es común que ambos tratamientos se comparen para medir la efectividad de cada uno; este tipo de aparatologías se aplica en ortodoncia preventiva como los mantenedores de espacio; y ortodoncia correctiva e interceptiva como los aparatos inhibidores de hábitos orales. En términos generales estas aparatologías provienen de las escuelas estadounidenses, que se preocuparon por desplazar los dientes, es decir en ese tiempo ellos se interesaron por realizar movimientos ortodónticos; por otra parte, las escuelas europeas se interesaron en las terapias ortopédicas; lo que sería básicamente el enfoque de los aparatos ortodónticos removibles, también usados en niños.

Las aparatologías fijas tienen algunas ventajas en cuanto a las removibles, ya que están diseñadas, para ser usadas las 24 horas del día, es decir, va a existir un estímulo progresivo y continuo para el crecimiento de la mandíbula, también tiene la ventaja que reduce la cooperación del paciente, ya que es imposible que el paciente logre quitárselo fácilmente (Rossi, 2011, p. 55)⁴.

⁴ ROSSI, Massimo. (2011). *Ortognatodoncia en la práctica clínica*. (p. 55). Venezuela: Editorial Amolca.

Además se atribuye como una ventaja de la aparatología removible la higiene del paciente, sin embargo, puede ser una desventaja debido a la necesaria cooperación del paciente, si no se coloca el aparato no se logran resultados, en efecto, muchas veces se culpa al paciente cuando existe una gama de tratamientos más eficaces. De hecho, autores afirman que los aparatos ortodónticos removibles se contraindican en pacientes que no son cooperadores, ya que se basan en que la efectividad de la aparatología se enuncia en magnitudes mayores mientras no se necesite mayor cooperación del paciente.

Aparatologías fijas

Rossi (2011) menciona que en el lenguaje ortognatodóntico, se denomina fija al aparato con múltiples bandas que era lo que se usaba anteriormente; ya que en la actualidad se limitó el uso de las bandas sólo a los molares. Pueden ir diseñados en alambres (a corto plazo) y a los brackets adheridos a los dientes con resinas compuestas (a mediano o largo plazo). En casos en los que el problema sea la cooperación del paciente; el aparato removible está contraindicado (p. 58) ⁵.

2.2.1 Componentes de la aparatologías fijas

Las aparatologías fijas se caracterizan por el uso de bandas que van fijadas a los molares, lo que hace más rápida la aplicación del aparato; lo mismo que conducirá a mejorar la salud periodontal, ya que como se sabe las bandas representan un obstáculo a la higiene oral del paciente, por lo cual es necesaria en cualquiera de los casos la cooperación del paciente. También se compone por alambres en forma de ganchos como elementos activos o retenedores.

⁵ ROSSI, Massimo. (2011). *Ortognatodoncia en la práctica clínica*. (p. 58). Venezuela: Editorial Amolca.

Bandas ortodónticas

Las bandas son elementos metálicos en forma de aro o anillo, se las encuentra prefabricadas en diferentes tamaños o diámetros, el mismo que depende del molar donde se vaya a usar y sus dimensiones (aunque preferiblemente se las usa en los primeros molares permanentes); por tal motivo es necesario realizar modelos de estudio al paciente y verificar que la banda quede correctamente adaptada en el molar en el cual va a ser cementada. Actualmente vienen con tubos o brackets presoldados, en este tipo de aparatologías se usan las que vienen con tubos o las sencillas que se pueden soldar en alambres de acero.

Su función es servir de soporte para alambres activos y pasivos, los que son parte de las diferentes aparatologías empleadas en el plan de tratamiento, dependiendo del caso. En cuanto a su cara interna y externa, hay diferencias entre las bandas; la cara interna es mate y la externa es lisa. Las bandas superiores suelen tener tres agujeros, mientras que las inferiores tienen dos. Se debe acotar que el arco se coloca en el agujero del centro en las bandas superiores, y en las inferiores se lo coloca en el agujero superior.

2.2.2 Adaptación y cementado de las bandas

Actualmente en el mercado, existe una variedad de instrumentos que el mundo de la Odontología ofrece para el operador, los cuales permiten la correcta adaptación de las bandas a las piezas dentarias; mediante un acoplador manual y otro que tiene una base de goma, en el cual se le indica al paciente que muerda de manera suave, de este modo se va acoplando la banda al molar respectivamente.

Es indispensable usar este tipo de instrumentos, para no provocar errores muy comunes como la invaginación de bandas. Hay que tener especial cuidado en la cementación y adaptación de las bandas para evitar futuros inconvenientes; como la poca retención de la aparatología en boca del paciente, lo cual va a conducir a que el tratamiento se alargue por más tiempo de lo estipulado o a que el paciente pediátrico se sienta insatisfecho.

Propiedades de los cementos

A propósito de esto refiere Millet, Glenny, Mattick, Hickman, Mandall (2008):

El éxito de un aparato ortodóncico fijo depende de que los "ataches" metálicos (brackets y bandas) se adhieran firmemente a los dientes, de manera que no se aflojen durante el tratamiento. Los brackets se adhieren generalmente a los dientes centrales y laterales, mientras que las bandas (anillos de metal que rodean los dientes) se usan más frecuentemente en los dientes posteriores (molares). Se dispone de diversos adhesivos para sujetar las bandas a los dientes y es importante comprender qué grupo logra la unión más confiable, además de reducir o evitar la caries dental durante el período de tratamiento. (párr. 1)⁶.

Anteriormente se usaban cementos a base de fosfato de cinc, cinc-silicofosfato y policarboxilato. De manera ideal el cemento que sea usado por el operador en este tipo de tratamientos, deberá ser lo suficientemente resistente como para soportar la banda adherida al diente, ya que el aparato debe permanecer fijo en boca asegurado de este modo el éxito del tratamiento realizado, sin embargo no debe ser tan resistente, para evitar que la superficie dental se dañe cuando el operador vaya a retirar las bandas al finalizar el tratamiento. Debido a que las bandas ortodóncicas están sometidas a muchas fuerzas dentro de la cavidad oral, puede resultar

⁶ MILLET, Dt. GLENNY, AM. MATTICK, CR. HICKMAN, J. MANDALL, NA. (2008). *Adhesivos para las bandas Ortodóncicas fijas*. Recuperado de <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004485>.

que la distribución del cemento, sus uniones con el esmalte y el interior de las bandas, no sea uniforme sino mas bien compleja. Además el cemento debe cumplir ciertos requisitos, debe tener un costo razonable, ser de fácil manejo para el operador y brindar protección contra la caries al diente, una vez que se encuentre adherida al diente.

En la actualidad, se recomienda el vidrio ionomérico, ya que diversos autores han podido demostrar mediante investigaciones que es la mejor opción en este tipo de tratamientos, estos cementos trabajan mediante una reacción acidobásica (autocurado), y a la vez liberan flúor; siendo ideal si el operador cumple las instrucciones del fabricante y lo aplica tal como se indica con la técnica adecuada y aislamiento recomendado. (Anexo 3 Fig. 1).

Por tales motivo es de elección por los ortodoncistas, ya que junto a una excelente forma de aislamiento y la cooperación del paciente, logran que la aparatología ortodóntica se retenga en boca; si no se mantiene fija no se verán los resultados del tratamiento o el procedimiento se puede extender más de lo planificado.

En cuanto a esto, Samara (2008), menciona:

Los cementos de ionómero de vidrio (CIV) se unen al esmalte, dentina y a la mayoría de los metales. Además, liberan flúor. Parece que las fases hidrogeles son las responsables de la absorción y liberación de flúor añadido en el medio a partir de geles, enjuagues y dentífricos. Su resistencia a la fractura es baja, por lo que prácticamente solo se usa para la cementación de bandas. La disminución de la desmineralización adyacente y su mejor retención de las bandas son las razones por las que se usa para la cementación en pacientes con tendencia a caries (p. 36)⁷.

⁷ SAMARA, Georgette. LENGUAS, Ana. LÓPEZ, Miguel. (2008). *Ortodoncia y salud bucodental*. Recuperado de <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol4-n1/puestaaldia.pdf>

Existen estudios del cemento de ionómero de vidrio, Millet DT (2008), refiere:

Durning 1989 reclutó 69 participantes. Se colocaron dos bandas en cada participante; una de ellas se cementó con fosfato de cinc químicamente curado y la otra con cemento de vidrio ionomérico. La asignación se determinó por alternancia. El autor informa que, aproximadamente a los 12 meses, la tasa de fracasos fue del 34,78% para las bandas cementadas con fosfato de cinc y del 26% para aquellas cementadas con vidrio ionomérico ($P > 0,05$). No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto al tiempo promedio de supervivencia entre los grupos de bandas cementadas (470,9 días versus 523,6 días para el fosfato de cinc y el vidrio ionomérico, respectivamente (párr. 4)⁸.

Técnica de cementación

Realizar una correcta profilaxis y rehabilitación oral del paciente.

Usar separadores, para lograr el espacio correcto y que las bandas pueden adaptarse sin mayor dificultad, es importante también constatar que se realizó la toma de impresiones al paciente y el posterior modelo de estudio, el cual ayuda a verificar que la aparatología esté correctamente adaptada y las bandas listas para ser cementadas. (Anexo 3 Fig. 10)

Probar el aparato en boca, para verificar que se encuentre correctamente adaptada y soldada la aparatología ortodóntica y pueda realizarse la posterior cementación.

Preparar el cemento, con la ayuda de la respectiva espátula para el procedimiento, teniendo en cuenta el tiempo de secado del adhesivo. (Anexo 3 Fig. 2)

⁸ MILLET, Dt. GLENNY, AM. MATTICK, CR. HICKMAN, J. MANDALL, NA. (2008). *Adhesivos para las bandas ortodónticas fijas*. Recuperado de <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004485>

Colocar el adhesivo en las partes internas de las bandas, teniendo en cuenta que restan 30 segundos aproximadamente, para colocarlo en boca, por lo cual el operador debe tener mucha habilidad.

Los molares deben estar totalmente secos, se deberá realizar aislamiento relativo con rollos de algodón y retractores de carrillo o abre bocas; si hay saliva el cemento no podrá fijarse bien y se saldrá el aparato en boca; es fundamental que el operador cuando va a realizar este trabajo en niños utilice abre bocas de acuerdo al tamaño que corresponda. “Se aísla perfectamente el sector con rollos de algodón y retractores de carrillos. Algunas ocasiones es recomendable el uso del dique de hule” (Rodríguez et al, 2007, p. 337)⁹. (Anexo 3 Fig. 5 y Fig. 6)

Los abre bocas, que pueden ser nacionales o importados facilitan la atención de los niños, principalmente en la edad de 0 – 30 meses. Deben ser confortables y pueden ser: de goma y silicona o metal o desechables o adaptados (confeccionados con espátula de madera o poliéster y gasa unida con cinta adhesiva o espátula de madera y goma) (Guedes-Pinto, Bonecker, Martins, 20011, p. 47)¹⁰.

Los abre bocas o retractores de carrillo aseguran la permanencia del niño con la boca abierta, ya que durante la primera infancia no poseen la madurez suficiente y coordinación motora adecuada para poder mantener la boca de este modo por mucho tiempo voluntariamente. Además, ofrecen seguridad al paciente y al profesional, principalmente durante procedimientos anestésicos, de profilaxis, y procedimientos restauradores, evitando movimientos intempestivos del niño o que involuntariamente muerda los dedos de profesional durante el procedimiento realizado. Muchos operadores no usan retractores de carrillos por ignorar las

⁹ RODRIGUEZ, Ezequiel. CASSA, Rogelio. NATEERA, Adriana. (2007). *1.001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos*. (p. 337). Colombia: Editorial Amolca.

¹⁰ NAHAS, María. SANGLARD, Luciana. Psicología y Manejo del comportamiento infantil en: GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 47). Sao Paulo: Livraria Santos Editora.

ventajas que ofrecen en el momento del procedimiento que se va a realizar principalmente en los pacientes pediátricos, ayudando de este modo a que el paciente se muestre cooperador en la consulta ya que va a reducir molestias que puedan presentarse. (Guedes-Pinto et al, 2011, p. 47)¹¹. (Anexo 3 Fig. 12)

Antes de que el cemento seque, deben adaptarse las bandas con un adaptador para bandas, la parte activa del adaptador debe coincidir con el filo de las bandas, es aquí cuando el operador le indica al paciente que muerda, ejerciendo presión de tal modo que la banda pueda ingresar en el lugar adecuado y sobretodo no sobresalga de las caras oclusales. (Anexo 3 Fig. 4 y Fig. 11)

Verificar que los tubos no contengan cemento o residuos del mismo, antes de que seque el cemento, de ser así se retira el cemento y también se retira de las caras oclusales.

Por último el operador debe indicarle las recomendaciones que debe seguir al paciente pediátrico y a sus padres. Es muy importante que el operador sea claro y explique todas las indicaciones y fundamentos del transcurso del tratamiento, ya que en cualquiera de los casos se necesita la cooperación del niño y sus padres.

2.2.3 Efectos de las bandas sobre los tejidos gingivales

Los movimientos ortodónticos actúan sobre el periodonto, teniendo en cuenta que la ortodoncia va a mejorar las condiciones del paciente siempre y cuando el profesional sepa controlar la inflamación gingival y el paciente coopere siguiendo las recomendaciones que anteriormente indicó el operador; ya que actualmente existen investigaciones que demuestran que además de la aparatología fija

¹¹ NAHAS, María. SANGULARD, Luciana. Psicología y Manejo del comportamiento infantil en: GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 47). Sao Paulo: Livraria Santos Editora.

aplicada al paciente lo que puede ocasionar daño periodontal es la falta de higiene o el descuido del mismo, por tal motivo es fundamental la cooperación del niño y el compromiso de los padres, ya que son ellos los encargados de sus hijos. Sin embargo es labor del ortodoncista orientar a los padres con los cuidados que debe seguir en el transcurso del tratamiento para evitar inconvenientes o futuras lesiones que van a ocasionar molestias o dolor disminuyendo de ese modo la cooperación del paciente en el plan de trabajo.

En cuanto a esto, Esequiel Rodríguez, Cassa, Natera (2007), refieren:

La colocación errónea o deficiente de brackets, anclajes con bandas, expansores, brazos de poder, retenedores, etc. Y aunado con la disminución del cepillado y la ausencia del paciente a sus citas periódicas, puede repercutir en una acumulación mayor de placa dentobacteriana y por consiguiente producir una lesión a nivel gingival y en ocasiones, llegar a producir una resorción del hueso de soporte. Este tipo de lesiones se convierten en una urgencia de atención inmediata para el paciente, ya que van a producir incomodidad, molestia al ocluir o deglutir alimentos, estrés y por supuesto, dolor. Un expansor el cual es activado de forma incorrecta (acelerando su activación) puede dar como resultado una invaginación del tornillo, del acrílico o de los brazos que los soportan, así como la fractura del cemento, ionómero o acrílico por el cual está unido a los dientes de anclaje (p. 321)¹².

En su literatura Heidemann (2007), explica:

Además del aumento de placa de las zonas de las bandas y brackets, también se modifica la composición de la flora microbiana y se dificulta la limpieza dental al paciente debido a la presencia de los elementos de retención fijos. Estas condiciones pueden producir, por un lado, signos de inflamación gingival en la zona de las bandas ortodónticas y, por otro, desmineralización del esmalte de las superficies lisas de los dientes o en las proximidades de los brackets si no se adoptan las medidas profilácticas adecuadas (p. 259)¹³.

¹² RODRIGUEZ, Esequiel. CASSA, Rogelio. NATERA, Adriana. (2007). *1.001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos*. (p. 321). Colombia: Editorial Amolca.

¹³ HEIDEMANN, D. W. B. (2007). *Valoración y Profilaxis*. (p. 259). España: 4 Edición Elsevier Masson.

Es decir que las bandas ortodónticas pueden tener efectos indeseados sobre el periodonto marginal. Si una banda queda mal adaptada, ya sea por un mal cementado, por la inapropiada elección o un mal contorneado de las bandas; en estos casos el paciente refiere inflamación gingival, dolor, empaquetamientos de alimentos, y en ocasiones ulceraciones de la lengua por los bordes cortantes de la banda. De tal modo, el niño va a sentir molestias e incomodidad, lo cual va a influir en su comportamiento frente al operador; es decir si el niño era un paciente muy cooperador en las próximas citas puede cambiar sus actitudes y disminuir su nivel de cooperación, lo cual es comprensible desde todo punto de vista.

Desde el punto de vista microbiológico, poco después de colocar las bandas se produce una alteración cualitativa y cuantitativa del ecosistema microbiano subgingival; reducción de los cocos grampositivos cuya colonización es característica de un surco sano, y aumento de microorganismos patógenos periodontales (espiroquetas, bacterias fusiformes y especies gramnegativas: *Actinobacillus*, *bacteroides*, *Prevotella*). Además aumenta el volumen total de la flora microbiana (Heiddeman, 2007, p. 259)¹⁴.

Zachrizzon, en un estudio longitudinal con escisión gingival que realizó a las caras bucales de los molares a corto plazo de haber colocado bandas; el tejido conjuntivo gingival sufre una infiltración de células inflamatorias, en el primer mes observó a los linfocitos como dominantes y células plasmáticas. El infiltrado de leucocitos, se diferencia por su localización, las células plasmáticas estaban hacia la parte central del tejido conjuntivo; los linfocitos y los polimorfonucleares se localizaban hacia las proximidades del epitelio, tras retirar el aparato de bandas habrá un retroceso de lesiones gingivales, aunque de forma aislada persistió una acantosis del epitelio del surco (Heiddeman, 2007, p. 259)¹⁵.

¹⁴ HEIDEMANN, D. W. B. (2007). *Valoración y Profilaxis*. (p. 259). España: 4 Edición Elsevier Masson.

¹⁵ HEIDEMANN, D. W. B. (2007). *Valoración y Profilaxis*. (p. 259). España: 4 Edición Elsevier Masson.

Según Heiddeman (2007), Diedrich, investigó la forma de ajuste de las bandas y las reacciones periodontales, observando que la fina capa de cemento en el ecuador dental era muy homogénea, pero en capas más gruesas se presentaron a menudo porosidades y craquelados. Un 85% tanto cervicales como oclusales presentaban tramas y/o lavados de cementación colonizados por placa bacteriana en los bordes de las bandas, y en parte se encontraba empaquetada. Una deficiente integridad del cemento o pérdida del cemento, además de la desmineralización del esmalte favorece las enfermedades periodontales; manifiesta que los signos de inflamación eran menores en las secciones gingivales bucolinguales debido a la posición supramarginal de los bordes de las bandas (p. 259)¹⁶.

Heidemann (2007) menciona que los escasos estudios histológicos disponibles se apoyan en experimentos con animales o con biopsias de encía de humanos. Ericsson estudió dientes con placa (inclinación, intrusión), el tratamiento ortodóntico desplazó la placa microbiana hacia subgingival produciendo una clara pérdida de inserción. También las revisiones clínico-radiográficas de pacientes tratados ortodónticamente demuestran que cuando existe una predisposición, a partir de una gingivitis en la zona de las bandas ortodónticas, se puede producir una pérdida de tejido de sostén. Clínicamente en muchos pacientes el resultado es una gingivitis crónica con hipertrofia inflamatoria y pseudobolsas. Como causa de estas reacciones periodontales se discuten diferentes factores: acumulación de placa subgingival, irritación mecánica por inserción subgingival y efectos citotóxicos producidos por el material de cemento y/o bandas (p. 259)¹⁷.

¹⁶ HEIDEMANN, D. W. B. (2007). *Valoración y Profilaxis*. (p. 259). España: 4 Edición Elsevier Masson.

¹⁷ HEIDEMANN, D. W. B. (2007). *Valoración y Profilaxis*. (p. 259). España: 4 Edición Elsevier Masson.

En algunos casos se dan lesiones como hiperplasia gingival, la cual se puede definir como una inflamación o crecimiento anormal de las encías, en los tratamientos ortodónticos se debe tener especial cuidado ya que el uso de la aparatología puede contribuir a que se origine este tipo de lesiones; en estos tratamientos se debe tener mucha prevención en la higiene oral y es preciso que el profesional indique esto como uno de las principales recomendaciones, debido a que la acumulación de placa bacteriana puede rápidamente originarse, observándose la acumulación del tejido gingival debido a los movimientos generados por la aparatología influenciado por el aumento de placa bacteriana.

En cuanto a esto, Esequiel Rodríguez et al (2007), menciona:

Más allá de cualquier consideración estética, la maloclusión es generalmente la causa de muchos problemas periodontales; los aparatos ortodónticos fijos es la causa principal de decadencia de la higiene oral. La falta de cooperación del paciente, con lo que respecta a su limpieza dental, es un factor importante para dar inicio a una gingivitis o una periodontitis (p. 313)¹⁸.

La cooperación por parte del paciente es fundamental, ya que como se trata de explicar no es el tratamiento ortodóntico en sí lo que va a originar las inflamaciones e hiperplasias gingivales, cuando el profesional ha realizado la correcta adaptación del aparato en boca. Una vez iniciado el tratamiento el paciente debe cooperar, como son pacientes pediátricos la ayuda de los padres es fundamental; es labor de ellos orientar a sus hijos y estar pendientes de su cuidado. Su descuido puede dar inicio a su vez una gingivitis y en casos más severos una periodontitis en todos estos casos ya es necesaria la inmediata atención por parte del profesional.

¹⁸ RODRIGUEZ, Esequiel. CASSA, Rogelio. NATERA, Adriana. (2007). *1.001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos*. (p. 313). Colombia: Editorial Amolca.

Otras lesiones

Además de lesiones gingivales los dispositivos fijos usados en niños a corto plazo pueden contribuir al origen de otro tipo de lesiones, en caso de que el operador no siga las correctas indicaciones en su confección, diseño y mantenimiento pueden ocurrir lesiones a nivel de tejidos blandos, invaginación de bandas o de la misma aparatología. Además, si el paciente al no seguir las recomendaciones que le da el operador, pueden ocurrir accidentes de las aparatologías como expulsiones en boca de las mismas, fractura del acrílico, bandas poco contorneadas y con bordes cortantes, este tipo de situaciones pueden ocasionar ulceraciones en la lengua o laceraciones en los tejidos blandos circundantes al aparato ortodóntico, Cuando las bandas quedan mal adaptadas, aparte de ocasionar dolor e inflamación gingival por empaquetamiento de alimentos, pueden modificar drásticamente la actitud de un niño que en un inicio pudo ser cooperadora, ya que este tipo de lesiones generan dolor y molestias.

Tal como refiere, Esequiel Rodríguez et al (2007):

Las lesiones en los tejidos blandos (encía, carillos, mucosas, piel) durante el tratamiento de ortodoncia son muy frecuentes. Estas son debidas a un mal diseño, elaboración y manejo de la aparatología fija y/o removible. Dependiendo del tipo y ubicación que tenga la lesión, dependerá de la urgencia que tendremos en nuestra clínica. Estas lesiones son fáciles de eliminar y generalmente seden al momento de retirar el agente agresor (p. 313)¹⁹

De tal manera, la habilidad clínica del profesional en los tratamientos ortodónticos, es uno de los factores que inciden para que el paciente pueda demostrar diferentes actitudes en la consulta odontológica, es por esto que el profesional debe estar entrenado de la mejor manera, ya que en casos en que el aparato fijo

¹⁹ RODRIGUEZ, Esequiel. CASSA, Rogelio. NATERA, Adriana. (2007). *1.001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos*. (p. 313). Colombia: Editorial Amolca.

sea colocado de manera errónea por parte del operador pueden haber severas consecuencias; como incrustación de la aparatología en los tejidos que la rodean, debido a que no se respetaron las normas en el diseño y confección del mismo; también puede darse laceraciones en los tejidos blandos o ulceraciones en la lengua o paladar por un diseño defectuoso.

2.2.4 Recomendaciones

En la mayoría de casos las lesiones ocasionan molestias y dolor, para esto es necesario usar analgésico y antiséptico en las zonas donde se localiza la lesión. En caso de que halla una fractura o ruptura de las bandas, se deberán retirar y realizar una profilaxis de las zonas lastimadas.

Realizar enjuagues con clorhexidina y verificar el control de placa bacteriana mediante el uso de pastillas reveladoras de placa. Una vez que se han recuperado las lesiones, se colocarán nuevas bandas, además de respetar las normas en la confección y diseño de la aparatología, es importante también que el operador indique, al paciente y sus padres que las molestias los primeros días son normales. Si persisten debe comunicarse con el profesional.

2.2.5 Ortodoncia fija y la corrección de hábitos orales inadecuados

Hábitos orales parafuncionales

Los hábitos orales parafuncionales son actos repetitivos, que de no ser corregidos a tiempo van a originar trastornos en el desarrollo de los dientes y maxilares, ya que las presiones dañinas y desequilibradas van a influenciar sobre los rebordes alveolares inmaduros en desarrollo, por ende estos alveolos, serán altamente maleables; estas conductas estereotipadas tienen efectos tanto físicos como psicosociales dañinos en el individuo.

Al hablar de hábitos orales parafuncionales se ha podido constatar que la mayoría de ellos son de carácter psicológico muy fuerte, de este modo, el niño adopta actitudes que poco a poco se van haciendo parte de su día a día, modificando su manera de comportarse frente a la sociedad en la que se desenvuelve como individuo.

En su libro Nahás María (2009), menciona:

Para Paterson & Schneider la instalación del hábito ocurre por ser agradable y traer satisfacción y placer al individuo. Inicialmente, hay participación consciente del individuo por realizar el acto, pero por causa de su repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento volviéndose así inconsciente (p. 556)²⁰.

El origen de los hábitos bucales por lo general es de carácter psicológico muy fuerte, ya que el ser humano, especialmente los niños, los usan como un escudo de seguridad contra presiones de cualquier tipo, generando comportamientos indeseables en los niños, a parte estos tipos de hábitos son considerados como un acto inaceptable y muchas veces vergonzosos ante la sociedad. Los padres muchas veces pueden sentirse culpables y hasta fracasados al tener que observar y soportar estas conductas en sus hijos, ya que son conscientes que la crianza que le dieron pudo haber contribuido a la instalación de los mismos.

Se ha demostrado que los factores genéticos, van a contribuir en un 40% aproximadamente para la futura determinación de la estética, la normalidad y armonía; el 60% restante de lo que le va a suceder en el rostro del niño depende de la interacción con el medio que lo rodea, es decir, su modo de vida, como hábitos, alimentación, presiones, entre otros. Lo que quiere decir, que lo que

²⁰ TOMAZINHO, Sandra. MONTANARI, Patricia. SCHALKA, Santos. NAHÁS, María, Hábitos Bucles en: NAHÁS, María. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. (p. 556). Brasil: Editorial Santos.

repercute mayormente en que el niño adopte este tipo de comportamientos es su entorno en general, la sociedad que rodea el niño; por esto es muy importante la vigilancia constante de los padres y la presencia de ellos en el día a día de sus hijos. Los hijos son la mayoría de veces el reflejo en muchas actitudes de sus padres.

Desarrollo de un hábito

Existen algunos agentes etiológicos para que un hábito se desarrolle; pueden ser de origen anatómico; por ejemplo casos en que la deglución infantil puede ocurrir que debido a una lengua grande en una cavidad oral pequeña se asocie una mordida abierta anterior de las almohadillas gingivales, esto en cuanto a la postura de la lengua. También por interferencias mecánicas, para alcanzar un sellado o aislamiento anterior apropiado al momento de la deglución, el niño deberá empujar la lengua y resultará en una respiración bucal. El hábito se lo considera patológico, cuando las estructuras bucales y peribucales originan un hábito. Además pueden ser emocionales o por imitaciones, por ejemplo, la succión del dedo que da al niño la sensación de seguridad (Sighn, 2009, pp. 584-585)²¹.

Por otra parte, los niños son altamente observadores y el ambiente muchas veces afectado por su entorno constituido principalmente por los padres, hermanos y demás familiares puede incidir en su comportamiento, adoptando actitudes de imitación de ellos, como desórdenes del habla o ciertas posiciones inadecuadas de los maxilares que pueden tener los padres, hermanos o demás personas que

²¹ SINGH, Gurkeerat. TAPASYA, Juneja, Hábitos orales y su manejo en: SINGH, Gurkeerat. (2009). *Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento*. (pp. 584-585). Venezuela: Tomo 2 Segunda Edición Amolca.

estén en contacto constante con el niño. Un hábito también puede manifestarse por capricho, ya que el infante va a realizar el hábito sin objetivo o necesidad alguna, solo lo hace por conducta en general, rebeldía o sencillamente de esa manera buscar llamar la atención de sus padres o de las personas que lo rodean en general.

Succión fisiológica

La prevención juega un papel fundamental al hablar de hábito; si el tratamiento en el niño se inicia más temprano mejor van a ser los resultados; es responsabilidad del operador incentivar, motivar y compartir los conocimientos a sus pacientes y a los padres, ya que ellos deben estar atentos en el comportamiento de sus hijos día a día, motivando y apoyado al niño.

Al nacimiento, la respiración junto con la deglución y succión se consideran una triada funcional interdependiente, armoniosa y coordinada. Por esto, se debe permitir un adecuado acople de la boca al pecho; la punta de la lengua debe sobrepasar el rodete gingival asimismo se apoyará en la mucosa del labio inferior y los labios evertidos apoyándose con todo el contorno de la zona aureolar creando un encaje hermético, de este modo el pezón y la aureola se extienden hasta el fondo de la boca, a donde la leche materna va a ser desplazada estimulando así la deglución refleja (Nahás, 2009, p. 570)²².

Muchos autores afirman que el amamantamiento es el inicio para que pueda darse un desarrollo armonioso del sistema estomatognático y la estética facial, además aseguran que es fundamental para prevenir futuras maloclusiones en el individuo. La succión en el recién nacido es un procedimiento vital para la

²² TOMAZINHO, S. MONTANARI, P. SANTOS, S. NAHÁS, M. Hábitos Bucles en: NAHÁS, María. (2009). *Odontopediatría en la primera infancia*. (p. 570). Brasil: Editorial Santos.

supervivencia del hombre, muchas veces se la realiza a través del biberón, su uso debe ser limitado, ya que se sugiere que debe efectuarse por periodos de tiempo no mayores a los dos años de edad; se considera un riesgo sobrepasar este periodo de tiempo ya que pueden originarse diferentes maloclusiones en el niño.

Actualmente existen los biberones con tetinas anatómicas, ya que permiten obtener el movimiento anteroposterior adecuado. Por otra parte, se recomienda que el agujero de la tetina no sea exagerado, ya que de ser así, al concluir la alimentación el niño no se sentirá complacido ni hará un mayor esfuerzo, por lo que va a sentir necesidad de seguir succionando, es aquí cuando los niños tienden en adoptar diferentes hábitos orales nocivos.

Hábito de succión no nutritivo

La succión no nutritiva es considerada como la que el niño realiza mediante sus dedos, el chupete, labio o algún objeto que no sea nutritivo. Existen diversos factores que pueden inducir al niño para que adopte este tipo de actitudes, creando hábitos que no ser prevenidos a tiempo, pueden causar daños severos no solo en la cavidad oral sino en la estética facial del individuo. La prevalencia de hábitos de succión no nutritivos es muy variable y depende de varios factores, la cultura del país por ejemplo.

Estos hábitos no son comunes en países como África y son desconocidos totalmente por los esquimales, en tanto que en los países occidentales, estudios demuestran que en un 95% de los niños presentan algún hábito nocivo, siendo la succión digital la más común en los grupos socioeconómicos más elevados. Suele darse mayormente en países industrializados; esas evidencias sugieren que son

influenciados por las prácticas de manejo de los niños, que difieren de una población a otra, un niño siempre va a requerir que los padres le dediquen tiempo y afecto. Sin embargo, los infantes en los países desarrollados tienen menos contacto con las madres, ya que muchas veces trabajan la mayoría de su tiempo, de tal manera que el infante pasa con terceras personas que se dedican a su cuidado; así ellos suelen compensar la ausencia de los padres adquiriendo hábitos alternativos como son la succión digital o del chupete. (Bezerra, 2008, p. 221)²³.

Hábito de succión digital

Este tipo de hábito tan común hoy en día, se lo define como el acto repetitivo que los niños realizan al succionar de manera impulsiva cualquiera de sus dedos sin ningún fin nutritivo, puede ser debido a muchos factores, sin embargo generalmente se lo relaciona con problemas psicológicos o asociados que pueden darse en los infantes.

En cuanto a la cooperación del paciente en la consulta odontológica, al iniciar este tipo de tratamientos, la actitud de los padres es fundamental, debe ser de apoyo, tienen que ser pacientes, motivar a sus hijos, apoyarlos y si es posible recompensarlos por actitudes positivas, de este modo el niño mejora su comportamiento y se muestra como un paciente cooperador. La mejor manera de inhibir el hábito es previniéndolo; es labor de los padres orientar a sus hijos, y estar pendientes de que no adopten este tipo de comportamientos en su niñez para así evitar las consecuencias o los daños en la dentición que muchas veces pueden ser severos.

²³ THOMAZINO, Adilson. LIMA, José. SASSO, María. NAKANE, Mirian. ENOKI, Carla. Ortodondia Preventiva e Interceptiva en BEZERRA, Lea. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. (p. 921). Brasil: Editorial Amolca.

Implicaciones clínicas

El grado de severidad depende de diversos factores: duración o tiempo que el niño realiza del hábito, frecuencia o número de veces que se lo realiza en el día, intensidad con que realiza el hábito, posición del chupón o del dedo en la boca del niño, edad del infante cuando deja el hábito, patrón de crecimiento en el que se encuentra el paciente pediátrico y el grado de tonicidad de la musculatura bucofacial; un hábito nocivo puede ocasionar efectos severos en la dentición, los tejidos blandos y los maxilares, perjudicando así las correctas funciones del aparato estomatognático y la estética facial. (Anexos 3 Fig. 9)

Efectos en el maxilar superior

Cuando existe succión digital, pueden haber severas consecuencias en el maxilar, como la proclinación de los incisivos superiores, comúnmente el dedo se posiciona entre ambos maxilares, de modo que va a ejercer presión contra la superficie palatina de los incisivos superiores y lingual de los incisivos inferiores; esto va a originar un anormal desplazamiento dental; por la presión ejercida del dedo, los dientes anteriores presentan traumas, debido a la prominencia de los mismos.

En cuanto a la longitud del arco puede generarse un aumento del mismo y también se ve aumentado el ángulo SNA, de igual manera, la corona clínica de los incisivos del maxilar puede estar incrementada. Además puede existir rotación en sentido antihorario e incrementación del plano oclusal. La situación anterior de la base apical del maxilar puede presentarse incrementada, debido a la fuerza labial y apical ejercida por los dientes del maxilar, va a provocar una vestibularización e inclinación labial de los dientes anteriores con o sin diastema.

En ciertos casos se da una disminución de la anchura del paladar, por deformidad palatina del lado derecho o izquierdo, relacionándola según el lado donde el niño realice la succión digital respectivamente. Por otra parte puede darse una resorción radicular atípica de los incisivos centrales primarios, lo cual no es muy común.

Efectos en el maxilar inferior

La presión ejercida del dedo va a originar una fuerza lingual, lo cual va a ser un desencadenante para que ocurra una proclinación de los incisivos inferiores. Puede observarse también, un incremento de la anchura intermolar mandibular. En cuanto a la localización de la mandíbula se va a ver posicionada mas distalmente respecto al maxilar, ósea existirá una posición más distal del punto B.

Relación interarco

El arco interincisal va a verse disminuido, además habrá un aumento de la sobremordida horizontal y una disminución de la sobremordida vertical.

Es muy común encontrar en el paciente mordida cruzada posterior, cuando el niño coloca el dedo entre los dientes superiores e inferiores, provoca que la lengua sea bajada, disminuyendo la presión ejercida por la lengua contra el aspecto lingual de los dientes posterosuperiores; incrementándose la presión de las mejillas contra estos dientes, ya que el buccinador se contrae durante la succión. Estas presiones de las mejillas serán mayores en las zonas de las comisuras labiales, de este modo el arco labial va tomar la forma de "V" con mayor constricción a través de los caninos que de los molares.

La mordida abierta anterior, típica en caso de la succión digital, ya que la mandíbula debe adoptar una posición para acomodar el dedo interpuesto porque impide directamente la erupción de los incisivos. Con la separación de los maxilares, va a provocarse una alteración en el equilibrio vertical, de tal modo que se va a dar una mayor erupción de los dientes posteriores, es decir una supraerupción alrededor de 1 mm posteriormente y abertura de la mordida cerca de 2 mm anteriormente, dando por resultado una mordida abierta, debido a una combinación de interferencia a la erupción normal de los incisivos y la excesiva erupción de los dientes posteriores.

Aparecen efectos ortopédicos que van a transformar la estructura esquelética, donde mayormente va a aparecer una protrusión de la zona premaxilar, generando una arcada superior en forma de V con gran remodelado dentoalveolar. Otro efecto ortopédico será la estimulación del crecimiento sutural de los maxilares y el favorecimiento de la posterorrotación mandibular. Además en estos pacientes se observa un piso nasal estrecho. Por otra parte, puede darse una bóveda palatina alta, debido a la pérdida del equilibrio en el sistema de fuerza alrededor del complejo maxilar; esto posibilita que el piso nasal descienda verticalmente desde su posición prevista durante el crecimiento.

Efectos sobre la posición y la función del labio

Pueden manifestar incompetencia del labio, labio superior hipotónico y labio inferior hiperactivo, por la elevación de las contracciones de los músculos mentonianos y los orbiculares de los labios a una posición entre los incisivos mal posicionados durante la deglución y succión labial, por incremento del resalte incisivo, siendo absorbido el labio inferior.

Efectos sobre la posición y la función de la lengua

Empuje de la lengua y posición de reposo y más baja del labio a la lengua, ya que se desplazad inferiormente hacia el piso de la boca y lateralmente entre los dientes posteriores.

Otros efectos

Afectación de la salud psicológica.

Deformación de los dedos, defectos en el habla y respiración bucal habitual.

Riesgo de malposición de los dientes y de los maxilares.

Hábito del chupete

En cuanto al hábito del chupete, Boj et al (2011) en su literatura menciona que el chupete permite que el niño pueda continuar los movimientos anteroposteriores. En casos de que la tetina del chupete no sea anatómica, la lengua va a mantenerse en una posición baja, con lo que la deformación va a continuar agravándose el cuadro. Mientras más grande es el tamaño de la tetina del chupete, la posición lingual será más baja, el principal problema con este hábito es la gran frecuencia con que se da en el niño (p. 537)²⁴.

Se recomienda que el chupete debe ser retirado antes de que erupcionen los incisivos temporales, si no puede ocasionar el impedimento de la erupción de estos dientes generando de este modo mordida abierta anterior; y posteriormente, la presencia de esta mordida puede condicionar al niño a adoptar otros tipos de hábitos empeorando el cuadro clínico del niño.

²⁴ BOJ, J. Catalá, M. GARCÍA- BALLESTA, C. MENDOZA, A. PLANELLS, P. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto*. (p. 537). Madrid – España: Editorial Médica Ripano.

Si a los 3 años de edad el hábito sigue presente en el niño pero de forma leve y con baja intensidad, no producirá ninguna alteración medible en la dentición ni en los maxilares. Sin embargo, a partir de los 5 años de edad, su uso va a producir severos daños en la dentición y los maxilares, generando mal oclusiones y modificando la estética facial del individuo.

Hábitos de masticación

Planells presentan la siguiente definición de este tipo de práctica nociva en los individuos, los hábitos masticatorios indeseables abarcan todo aquello que es un hecho sin el objetivo de nutrición como morder las uñas, morder la tapa del lapicero y morder el labio y/o carrillo. Junto a eso existe un fuerte componente emocional (Boj et al, 2011, 562)²⁵.

El origen de estos hábitos incluye estrés, imitación, herencia, transferencia del hábito de succión del pulgar y falta de cuidado con el trato de uñas y cutículas, no se da en niños menores de tres años de edad, ya que se lo considera como un mecanismo liberador de tensiones o frustraciones, por esto se refugia de su práctica. Mientras el niño tenga estas sensaciones, practicará más este hábito que puede perdurar a lo largo de su vida.

Este tipo de hábito también puede verse asociado a bruxismo, al hábito de succión digital, terror nocturno, sonambulismo, acceso de furia y al propio hábito de colocar el dedo en la nariz. Las fuerzas no fisiológicas ejercidas pueden conducir a resorciones radiculares, y también pueden generar fracturas pequeñas en el borde de los dientes incisivos y enfermedades gingivales tales como la gingivitis.

²⁵ BOJ, J. Catalá, M. GARCÍA- BALLESTA, C. MENDOZA, A. PLANELLS, P. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto*. (p. 562). Madrid – España: Editorial Médica Ripano.

Hábitos labiales

Estos hábitos implican los que envuelven la manipulación de los labios y de las estructuras peribucales; por ejemplo niños que tienden a lamer, morder o succionar los labios frecuentemente va a originar enrojecimiento de los tejidos peribucales, acompañado de resecaamiento e inflamación. Pueden mantener una maloclusión preexistente, dependiendo al igual que otros hábitos de su frecuencia, intensidad y duración. Se observa que la interposición del labio inferior y las fuerzas que este hábito puede generar daño sobre la dentición anterior tanto superior como inferior; el tratamiento de las maloclusión es ortodóntico. “La succión labial o de los carrillos se ve con frecuencia en niños con exceso de overjet, es decir que no son causa de maloclusión sino la consecuencia de ella” (Bordoni, Escobar, Castillo 2010, p.666)²⁶.

Para tratar este tipo de hábito el profesional debe ser muy cuidadoso en realizar un correcto diagnóstico y posterior plan de tratamiento; ya que puede ser que una vez que se corrija la maloclusión se inhibe el hábito parafuncional. Siendo el origen del hábito la maloclusión existente, no la causa de la misma. Por otra parte puede ser lo contrario, por esto es fundamental que el profesional tratante este bien entrenado.

Hábito de interposición lingual

No siempre es nocivo para el niño y no siempre va a representar una amenaza en la oclusión, ya que en los primeros años de vida es necesario que la lengua se posicione hacia delante para permitir un adecuado espacio aéreo, ya en la dentición temporal y mixta, la lengua se adapta a la cavidad oral. Se considera a

²⁶ CASTILLO, José. Hábitos Bucuales en BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 666). Argentina: Editorial Panamericana.

la interposición lingual con la deglución como una adaptación fisiológica útil cuando el niño presenta mordida abierta anterior, ya que fuerza los labios para cerrar la boca al colocar la lengua entre los dientes anteriores. De tal modo, que en casos como este sería una consecuencia de la maloclusión que está presente en el paciente.

En su libro Bezerra (2008), sugiere:

La gran presión producida por la lengua constituye una amenaza a la oclusión abogan a una intervención inmediata, por lo general indicando ejercicios fonoaudiológicos para la lengua y a veces terapia con aparatos. Proffit menciona que la interposición de la lengua se da en dos circunstancias: 1) niños más jóvenes con oclusión normal, que representa solo una etapa transitoria en la maduración fisiológica normal; 2) individuos de cualquier edad con incisivos desplazados en los cuales la lengua toma esa posición para compensar ese espacio entre los dientes. Sería una consecuencia, no como la causa de la mordida abierta o del overjet alterado; se corrige la mordida y se recomienda la terapia fonoaudiológica, iniciando el tratamiento ortodóntico para corregir la maloclusión existente (p. 925)²⁷.

2.2.6 Aparatología fija indicada

La Ortodoncia como rama de la Odontología, ofrece una gama de tratamientos correctores de hábitos nocivos para la salud oral, los mismos que se indican por el profesional cuando otro tipo de terapias más sencillas no han funcionado, esto puede deberse a distintos factores, sin embargo, se indican cuando el niño se niega a dejar el hábito por sí solo pero si está dispuesto a aceptar el tratamiento ya que su cooperación es necesaria para el desarrollo del procedimiento y el éxito del plan de tratamiento.

²⁷THOMAZINO, Adílson. LIMA, José. SASSO, María. NAKANE, Mírian. ENOKI, Carla. Ortodoncia Preventiva e Interceptiva en BEZERRA, Lea. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. (p. 925). Brasil: Editorial Amolca.

Rejilla lingual

Este tipo de aparatos sirven como recordatorios, o más bien impedimentos para que el niño pueda realizar el hábito, mas no como castigo, si el niño lo comprende al tratamiento como “una ayuda” el odontólogo tratante puede tener la certeza de que el tratamiento podrá ser un éxito ya que el niño cooperará y se sentirá contento de este modo se lograrán los resultados esperados.

En cuanto a la Rejilla lingual, refiere Ingrid Díaz (2013), que se utiliza en pacientes con hábitos difíciles de manejar, va soldada a bandas y puede ser incorporada a distintos tipos de aparatos ortodónticos u ortopédicos. Debe ubicarse estratégicamente en el paladar, por detrás de la papila incisiva, debe ser lo suficientemente larga, pero que no choque con los dientes anteroinferiores y que no impida la oclusión. Existen tres tipos de rejillas linguales, pueden ser superiores; en los pacientes con succión digital, protusión lingual que deslizan la lengua por el paladar hacia los incisivos superiores. Inferiores, en pacientes con protusión lingual que deslizan la lengua por los incisivos inferiores y; laterales, en casos de mordidas abiertas laterales con interferencia de la lengua, se recomienda la confección de rejillas laterales para facilitar el cierre de la mordida (párr. 4 - 7)²⁸. (Anexos 3 Fig. 17)

Así mismo, el operador debe realizar controles cada cierto periodo de tiempo y después de retirar el aparato se debe reforzar el tratamiento con mioterapias funcionales. Para evitar recidivas en este tipo de hábito nocivo, se debe utilizar la aparatología muchas veces por tres meses más. Los padres deben estar pendientes de que el niño no adopte nuevamente la succión digital.

²⁸ DÍAZ ARIZA, Ingrid Paola. (2013). *Rejilla Lingual*. Recuperado de http://omnisapiente.megatesis.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=181

Indicaciones

Este tipo de aparatología, se lo indica en succión digital, succión y mordedura de labios, deglución atípica infantil. Además, se indica para impedir el empuje o la succión de la lengua y la interposición o protusión lingual entre la zona incisiva mordidas.

Desventajas

Entre las desventajas que se le atribuyen a este tipo de aparato ortodóntico, resalta que produce alteraciones en la fonación, por lo que los pacientes muchas veces se sienten incómodos, refiriendo molestias por la utilización de la aparatología. Además no hay efecto dental directo, el operador va a tener dificultad en nivelar la arcada, menor control del movimiento. Se lo indica en pacientes cooperadores y cuidadosos con su higiene oral. También debido al uso de bandas ortodónticas existe filtración marginas a través de las bandas, pudiendo expulsarse la aparatología por contaminación.

2.2.7 Mantenedores de espacio

A los mantenedores de espacio se los define como los dispositivos fijos o removibles, cuya función es preservar el espacio o lugar que dejó uno o varios dientes luego de haber sido perdidos. Sin embargo, vale recalcar que el mantenedor de espacio de manera ideal siempre va a ser el propio diente, por esto es labor del odontólogo explicarles a sus pacientes y a sus padres la importancia de la higiene oral, darles a conocer la prevención en odontología, adquiriendo de este modo conocimientos para preservar los dientes sanos y así poder evitar en un futuro complicaciones que puedan llevar a la pérdida de un diente deciduo. (Anexos 3 Fig. 7 y Fig. 8).

Una oclusión normal funcional es necesaria para que el sistema estomatognático actúe de manera eficiente y colabore a armonizar las funciones y la estética facial. Diversos estudios han podido demostrar que la oclusión se va a desarrollar por un proceso regulado por factores genéticos y ambientales. De tal modo, es fundamental que el aparato estomatognático trabaje correctamente, todo esto refleja la importancia del mantenimiento de la integridad normal y fisiológica del arco dentario desde edades tempranas en la niñez.

En su literatura Graber, Vanarsdall, Vig (2006), refiere:

En el periodo de erupción relativamente corto, los dientes y sus tejidos de soporte tienen la capacidad de adaptarse a las demandas funcionales durante toda la vida, y de este modo, se desplazan a través de la apófisis alveolar, fenómeno que se ha denominado migración dentaria fisiológica. En los seres humanos y otros primates, los dientes de los sectores posteriores se desplazan hacia mesial, mientras que en los roedores, el desplazamiento es hacia distal. También se conoce bien clínicamente que cualquier cambio en el equilibrio de presiones oclusales, como la pérdida de dientes adyacentes o antagonistas, puede inducir un mayor movimiento dentario (p. 152)²⁹.

Según English, Peltomal, Pham, Litschel (2011), es necesario mantener el “espacio de deriva” o el espacio que llega a estar disponible durante la transición de los segundos molares deciduos a los segundos premolares permanentes. Por lo tanto, se prefiere que los segundos premolares erupcionen antes que los segundos molares. Además proporcionan el espacio que van a necesitar los caninos permanentes superiores cuando erupcionen; por ende, estos dientes deberían erupcionar después de los premolares permanentes (p.17)³⁰.

²⁹ GRABER, Thomas M. VANARSDALL, Robert L. VIG, Katherine W. (2006). *Ortodoncia, Principios y Tecnicas actuales*. (p 152). España: Cuarta Edición, Editorial Elseiver.

³⁰ ENGLISH, Jeryl. PELTOMAL, Timo. PHAM, Kate. LITSCHER. (2011). *Destreza en Ortodoncia*. (p. 17). Venezuela: Editorial Amolca.

Todo esfuerzo para mantener la dimensión mesiodistal de los arcos es importante para reducir la necesidad de la extracción temprana de los dientes, especialmente los dientes llave los segundos molares primarios y los caninos. Así la precaución de la caries y la restauración apropiada son de gran importancia para el desarrollo oclusal. El especialista debe orientar a los padres sobre medidas preventivas en la salud oral para de este modo evitar extracciones prematuros o tratamientos más severos los mismos que puedan repercutir en la oclusión normal (Goran, Poulsen, 2011, p. 223)³¹.

Etiología de las pérdidas prematuras de dientes temporales

En edades tempranas de la niñez, diversos factores pueden ocasionar la pérdida prematura de dientes temporales, tales como: agenesia o pérdida prematura de dientes temporales, lo cual no es muy común en nuestro medio. Uno de los problemas más frecuentes son las caries dentales no tratadas, por esto es muy importante la atención odontológica a tiempo.

Por otra parte, las alteraciones estructurales tanto de esmalte como de dentina, también van a generar una pérdida de dientes temporales así como las fracturas o traumas dentales, los cuales se ven a menudo en la atención odontológica. Las malposiciones dentarias o erupción ectópica de dientes sucesores permanentes. La fuerza mesializante generada por los dientes posteriores, que es mayor en la arcada inferior, así como problemas de anquilosis o de discrepancia óseo-dentaria, también pudiendo ocasionar la pérdida de dientes temporales de manera prematura.

³¹ GORAN, Koch. POULSEN, Sven. (2011). *Odontopediatría Abordaje Clínico*. (p. 223). Venezuela : Segunda Edición, Editorial Amolca.

Requisitos que debe tener un mantenedor de espacio

Un mantenedor de espacio de manera ideal, no puede impedir las funciones normales de la boca. Por ningún motivo debe interferir en el crecimiento alveolar o erupción de los dientes permanentes, en casos como éste no sería una ayuda sino todo lo contrario. Como es lógico, tampoco puede causar caries, por bandas deficientemente ajustadas y aparatos flojos o adaptados de forma inadecuada.

Como su nombre lo indica este tipo de aparatos tiene la función principal de mantener el espacio hasta que erupcione el sucesor permanente y a su vez debe restablecer las funciones del diente que se ha perdido, como son, fonación, deglución y masticación. En ninguno de los casos un mantenedor de espacio podrá permitir la extrusión del diente antagonista, empaquetamiento de alimentos o crear interferencias oclusales. Como ya se ha mencionado antes debe ser diseñado correctamente y de manera sencilla, de modo que permita una higiene oral adecuada y la comodidad del paciente. Y por último, un mantenedor de espacio debe ser rentable.

Mantenedores de espacio fijos

Están contruidos con alambre, se encuentran fijados en su totalidad por lingual o palatino, se sugiere siempre que deban ir adaptados mediante bandas colocadas sobre los primeros molares permanentes, lo cual indica que no son estéticos. Generalmente, mantienen espacios reducidos, es decir de un solo diente y una de sus desventajas es que no restablece las funciones del diente perdido. Este tipo de aparatología fija no requiere mayor vigilancia por parte del operador y a su vez no necesitan mayor cooperación del paciente aunque dificultan un poco la higiene.

Banda anillo asa y bucle

Este tipo de mantenedor de espacio fijo tiene algunas desventajas ya que no es funcional, no impide la extrusión del diente antagonista, además se utiliza cuando hay pérdida de un solo diente, es decir cuando el espacio a ser mantenido no es muy extenso, por lo que solo necesita un diente de soporte. Se elabora mediante una banda ortodóntica cementada en el diente adyacente al espacio con un asa o anillo que va a ir soldado a la banda, adaptada al espacio anodóntico y sin contacto con el otro diente, adyacente a la extremidad del espacio a ser preservado.

Una de su principal ventaja es que no depende de cooperación del paciente, la fuerza de la masticación, mala adaptación de la banda, rotación o inclinación del diente en contacto con el anillo y hábitos nocivos pueden provocar la intrusión del anillo en la encía, lo cual es muy común, pero a su vez puede ser evitado con la colocación de un apoyo oclusal para garantizar la estabilidad del conjunto. (Anexos 3 Fig.14).

Según Proffit et al (2008), este tipo de mantenedor fijo idealmente debe ser indicado por el operador para mantener espacios en los segmentos posteriores por lo que no es estético, además resulta ideal para mantener espacios unilaterales aislados, ya que el bucle tiene una resistencia limitada, se lo recomienda para mantener espacio de un solo diente; la banda y el bucle bilaterales permiten la erupción de los dientes permanentes sin la interferencia de un arco lingual (pp. 472 - 473)³².

³² PROFFIT, William R. FIELDS, Henry W. Jr, SARVER, David M. (2008). *Ortodoncia Contemporánea*. (pp. 472-473). Barcelona-España: Editorial Elseiver.

Barra transpalatina

Se encuentra construida en alambre 0.9 mm de acero al que se le da la forma de la bóveda palatina, en la mayoría de los casos va cementado a las bandas de los primeros molares superiores. Elaborado por una omega situada en el centro del arco y separada a unos 3 mm de la bóveda palatina, lo cual es muy importante ya que de no respetar este espacio la aparatología puede invaginarse en la mucosa palatina, generando dolor, inflamación y mucha molestia por parte del paciente.

Rodríguez (2007), sugiere que no puede ser usada en ciertas maloclusiones clase II en las que los primeros molares superiores son extraídos y los molares se van a encontrar borde a borde, tampoco se puede usar en la mayoría de los casos de clase III no quirúrgicos. Uno de los problemas clínicos que suele suceder con este tipo de dispositivos es la irritación de los tejidos blandos, por este motivo el arco transpalatino no deberá de invadir el espacio de la lengua o estar demasiado cerca de la encía del paladar duro, es común ver una leve marca en la lengua la cual es asintomática; por otro lado si está muy cerca del paladar duro puede incrustarse y se deberá remover para permitir la cicatrización (p.223)³³. (Anexos 3 Fig. 16.)

Arco lingual

Este tipo de dispositivo se lo indica cuando faltan varios dientes posteriores primarios y ya han erupcionado los incisivos permanentes. Un arco lingual correctamente soldado ya sea a los primeros molares permanentes o los segundos molares deciduos; y en contacto con los cíngulos superiores e inferiores va a impedir el desplazamiento anterior de los dientes posteriores y el

³³ RODRÍGUEZ, Esequiel. (2011). *De la Impresión a la activación en Ortodoncia y Ortopedia*. (p.223). Venezuela: Editorial Amolca.

desplazamiento posterior de los dientes anteriores, es decir va a funcionar de manera ideal, es utilizado en movimientos alveolodentarios de expansión menor. Una de las ventajas que presenta es que es bien tolerado por el paciente y es higiénico, es decir que la cooperación del niño no va a ser una condicionante mayor en el plan de trabajo. (Anexos 3 Fig. 15)

A propósito del arco o barra lingual, Rodríguez (2007), refiere:

Una de las desventajas es que existen casos en que se invagine el arco sobre la mucosa y es importante por parte del profesional instruir a los padres y al paciente sobre los problemas que pueden suceder con este tipo de aparatologías como que se pueden distorsionar, romper o perder, así se podrá controlar este tipo de problemas. Se lo contraindica en pacientes que tengan una excesiva mordida profunda, la cual va a permitir el contacto del arco del alambre con el sellado lingual de los incisivos superiores, y en caso como estos se recomienda usar el arco lingual de Nance, que es una modificación de esta aparatología o un arco transpalatino, para poder tratar este tipo de casos (p.224)³⁴.

Elaborado en alambre redondo de 0,8 a 0,9 mm va soldado a las bandas de los primeros molares, incorporando dos omegas que pueden abrirse por una fuerza hacia distal, así el molar se inclina hacia arriba y hacia atrás, mientras la fuerza de reacción actúa hacia abajo sobre el cingulo de los incisivos inferiores, siendo estos lo que sirven de anclaje, lo que puede conllevar a una posible vestibularización. Si se desea expansión, la activación tendrá que realizarse manualmente y de forma extraoral, siguiendo el contorno del arco; al aplicar presión con alicate plano se da un movimiento protrusivo anterior (Bob et al, 2011, p. 549)³⁵.

³⁴ RODRÍGUEZ, Esequiel. (2011). *De la Impresión a la activación en Ortodoncia y Ortopedia*. (p 224). Venezuela: Editorial Amolca.

³⁵ BOJ, J. Catalá, M. GARCÍA- BALLESTA, C. MENDOZA, A. PLANELLS, P. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto*. (p. 549). Madrid – España: Editorial Médica Ripano.

El arco o barra lingual, se lo diferencia entre activo o pasivo, es pasivo en los casos que se indica como mantenedor de espacio pues evita la migración, rotación e inclinación de los molares. Y será activo en los casos que se lo utiliza como suplemento de anclaje o para obtener movimiento de rotación en los molares. Los controles realizados periódicamente aseguran la eficacia de la aparatología ortodóntica y por ende el éxito del plan de tratamiento.

Lip bumper

Según Montagna, Lambini, Vincenzo, Denotti (2010), son arcos vestibulares con pliegues en bayoneta insertados como topes en los tubos de los molares, y asas de compensación anterior y posterior por regulación. La parte anterior puede revestirse con goma o escudos en resina acrílica para aumentar la comodidad del paciente y ampliar la superficie sobre la que se ejerce la fuerza.

Se indica en el mantenimiento o adquisición de espacios mediante efectos de tipo mecánico y funcional. Los efectos funcionales, se realizan por la presión centrípeta de las mejillas y labios generada sobre la arcada dentoalveolar; así se obtiene expansión transversal y sagital anterior. Con una buena cooperación del paciente y la indicación terapéutica exacta, los resultados son excelentes. La activación se la realiza con alicates adecuados periódicamente a nivel de las asas en forma de "U". Además, en este tipo de aparatología existen muchas modificaciones dependiendo del caso clínico, es importante recalcar que este tratamiento necesita esfuerzo y suficiente cooperación por parte del paciente pediátrico (p. 21)³⁶.

³⁶ MONTAGNA, Fabrizio. LAMBINI, Nicola. VINCENZO, Piras. DENOTTI, Gloria. (2010). *Ortodoncia y sus dispositivos*. (p. 21). Venezuela: Editorial Amolca.

2.2.8 Recomendaciones para el paciente

Cuidados en la dieta alimenticia; evitar masticar chicles, caramelos azucarados o alimentos muy duros ya que son difíciles de sacar y se pegan fácilmente a los aparatos incluso pueden ocasionar la expulsión de los mismos o ayudar a ocasionar lesiones en los tejidos gingivales distorsionando la aparatología.

Excelente higiene bucal, por esto el profesional debe orientarlo y darle charlas educativas sobre higiene oral tanto al padre como al niño. “La prevención abarca las medidas no solo a prevenir la aparición de las enfermedades, sino también a detener la progresión de la misma y a reducir sus consecuencias (Alpiste, 2009, p. 47)³⁷. (Anexo 3 Fig. 19).

Se recomienda el uso de enjuagues con fluoruro para que no se descalcifiquen los dientes por el uso de bandas en los molares, o enjuagues antisépticos cuando puedan inflamarse las encías.

Indicar a los padres y al paciente que los aparatos no molestan después de 2 ó 3 días. Al principio, es posible que requieran del uso de algún analgésico leve (ibuprofeno, naproxeno, acetaminofén, u otros) para que el niño se sienta más cooperador, pero en la mayoría de los casos no se requiere; por otra parte, algunos aparatos modifican el habla inicialmente, pero después de algunos días vuelven a la normalidad. En términos generales, los niños pueden correr, saltar, nadar y jugar como cualquier niño normal de su edad sin preocupaciones, ya que cuando la aparatología está correctamente diseñada y adaptada no causa ningún inconveniente; más que los normales que es labor del especialista indicarle a él y a de sus padres esto.

³⁷ ALPISTE, Francisco. Protocolos de control de placa para la prevención y el tratamiento de la gingivitis y de la periodontitis. en FUENMAYOR, Vicente. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. (p. 47). Madrid – España: Editorial Médica Panamericana.

En casos de que se rompan, distorsionan, fracturan o se expulsan los aparatos se le debe indicar a los padres que deben llevar al niño al consultorio inmediatamente para que se corrija el problema lo antes posible, esto debe ser considerado como una urgencia para no atrasar el tratamiento o que en el peor de los casos se den cambios no deseados.

2.3 COOPERACIÓN DEL PACIENTE

Odontología infantil

Puede considerarse a la Odontología Infantil, como uno de los servicios más necesarios en la atención odontológica a pacientes pediátricos, ya que el operador debe conocer las maneras de comportarse del niño en la consulta según su edad y su desarrollo. Sin embargo, a pesar de esto, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor, por diversos factores. Un tratamiento odontológico poco adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos de los problemas dentales hoy en día tan comunes en la población adulta, es aquí donde radica su importancia y en la actualidad se considera como una de las ramas odontológicas que debe tener una mayor preparación psicológica por parte del profesional.

La Odontología en los actuales momentos, busca que las nuevas generaciones de odontólogos sean con cierto grado de preparación heterogénea, para que ellos en su calidad de profesionales puedan detectar diversos factores que van a incidir con el origen de los problemas dentales y esqueléticos de los pacientes y de este modo puedan manejar de manera correcta al paciente dentro de un equipo multidisciplinario de salud; ya que uno de los objetivos es brindar a los pacientes

un tratamiento odontológico integral y dejar a un lado la parte netamente mecánica. Por esto es muy importante la formación psicológica del odontólogo, para que pueda manejar con seguridad y certeza las diversas situaciones que puedan darse en su consulta y en ciertos casos poder remitir el paciente a otro especialista.

2.3.1 Actitudes psicosociales del niño

Según Ross, Marshall, Miller (2008), los psicólogos de hoy no tratan de explicar el desarrollo del niño solo con unos pocos principios o procesos como en la antigüedad que se inclinaban más por la herencia; se ha establecido que las causas que determinan la conducta pueden ser muchas, y que los mecanismos por los cuales operan están intrincados y siempre se interrelacionan. Ilustres personajes en el campo psicológico, ayudaron a comprender las características emocionales del niño frente al odontólogo. Sigmund Freud creó la estructura psíquica y su mecanismo de acción, así como también definió los instintos tanto de la vida y de la muerte. Erick Erikson aportó conceptos a la teoría freudiana posicionando al individuo pero a su vez lo relaciona con el entorno en el que se desenvuelve (p.45)³⁸.

Además de esto, Ross et al (2008) menciona que Arnold Gesell describió las conductas observables y repetitivas en los niños a partir de su nacimiento hasta los 16 años. Por otra parte, Jean Piaget se destacó con sus descubrimientos sobre la construcción y desarrollo de la inteligencia hasta llegar a la adquisición del pensamiento abstracto característico del adolescente y del adulto, otros autores aportaron también en este campo tales como Vigotsky y Bruner. Es importante

³⁸ ROSS, Vasta. MARSHALL, Haith. MILLER, Scott. (2008). *Psicología Infantil*. (p. 45). España: Editado por Book Print Digital.

conocer los conceptos de estas teorías que tratan de explicar el desenvolvimiento del niño de acuerdo a sus características biológicas, hereditarias y del ambiente que lo rodea, sin embargo, es necesario tener claro estos conceptos sabiendo que ninguna de estas teorías va a abarcar la realidad en su totalidad, ya que es imposible predecir los comportamientos del hombre de manera absoluta, su conducta siempre va a variar por diversos factores (p. 45)³⁹.

Existen muchos estudios, variedad de libros enfocados en la psicología infantil, los mismos que aportan conocimientos, además ayudan al profesional a entender y manejar los comportamientos del paciente pediátrico; investigadores como Bordoni et al (2010), a cerca del desarrollo psicocognitivo refieren que: “Los conocimientos acerca del desarrollo psicocognitivo aportarán al odontólogo fundamentos referidos al desarrollo y la maduración de la inteligencia del niño, facilitando la atención integral de la salud bucal en sus fases clínicas, de educación, promoción y prevención de enfermedades” (p. 59)⁴⁰.

Actitudes del niño según la edad

Primera infancia (0 – 3 años de edad). El niño puede gritar, emitir sonidos, llamar la atención, también posee sensibilidad táctil, olfativa y gustativa. En esta etapa el niño es capaz de sentir y expresar sentimientos y emociones, ya que puede hablar y sabe como comunicarse de manera limitada. Incluso puede memorizar canciones, historias o cosas que pueda observar o que le puedan suceder a él. Se ha demostrado que los niños de esta edad se sienten motivados por el elogio y principalmente por la premiación. En la consulta, en esta edad la

³⁹ ROSS, Vasta. MARSHALL, Haith. MILLER, Scott. (2008). *Psicología Infantil*. (p. 45). España: Editado por Book Print Digital.

⁴⁰ BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 59). Argentina: Editorial Panamericana.

presencia de los padres es fundamental, para que ellos puedan conocer el trabajo y los fundamentos del tratamiento que se le va a realizar al niño, de este modo puedan valorarlo, y así sentirse confiados y seguros, por ende, en las próximas consultas ellos puedan esperar en la sala de recepción.

Los procedimientos que se van a realizar por parte del profesional deben ser breves y sobretodo el operador debe esmerarse en explicarlos de forma clara y concisa. El odontólogo cuando está tratando con estos niños, debe mirarlos a los ojos cuando le esté hablando, se recomienda hacerlo siempre de modo simple y claro, haciendo que el niño se sienta cómodo, y vea la experiencia de hablar y escuchar agradable y divertida.

Según Guedes-Pinto et al (2011), una vez que el niño llega a los dos años de edad, el niño pasa de ser dependiente a tener más responsabilidad personal y autocontrol. En esta edad la atención es muy limitada, por eso se recomienda hacer comentarios breves y simples. La expresión facial y el tono de voz son más importantes que las palabras. Es importante que el niño entienda que es el odontólogo quien tiene el control; pero que esto no significa que el profesional sea una amenaza para el paciente. La primera impresión que el niño tiene en la consulta odontológica es fundamental; ya que muchas veces de ella dependerá los comportamientos del paciente en las consultas posteriores, mas en casos en que es la primera consulta odontológica a la que el niño asiste, se recomienda que sus padres estén presentes; para de este modo poder aumentar la confianza del paciente pediátrico y así el pueda aceptar el tratamiento sin mayor inconveniente (p. 36) ⁴¹.

⁴¹ GUEDES-PINTO, Antonio. BONECKER, Marcelo. MARTINS, Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 36). Sao Paulo: Livraria Santos Editora.

Antes de atender al paciente pediátrico, se recomienda al odontólogo que deberá tener lista y bien organizada la mesa de trabajo, para facilitar y agilizar el procedimiento y así poder concluirlo rápidamente, ya que el niño preferirá pasear y jugar y no va a entender el porqué de sentarse en la silla y abrir la boca. El comportamiento muchas veces es imprevisible habrán niños cooperadores que abran la boca sin mayor necesidad, sin embargo también existen niños que tendrán dificultad para aceptar el tratamiento y serán de difícil manejo para el operador.

Segunda infancia (3 a 10 años de edad). En esta etapa temprana de su niñez, los infantes aprenden rápidamente, alcanza innumerables actitudes y empieza la formación de los hábitos. El niño suele ser algo egocentrista y actuar por impulsos. Aquí se inicia el primer sistema de autocontrol el “superego”. “Un niño de tres años salta de un lado a otro y no puede permanecer quieto por mucho tiempo, incluso en sitios donde se lo requiere por ejemplo en las iglesias” (Berger, 2007, p.230)⁴². Los padres deben estar muy atentos de sus hijos y tener especial cuidado en este periodo ya que es aquí donde ellos irán adoptando comportamientos que pueden perdurar por lo largo de su vida hasta la adultez.

La impulsividad es muy común en esta etapa, en una guardería por ejemplo el niño puede estar jugando con un objeto e inmediatamente que observa a otro niño con un objeto distinto pierde el interés por el que tenía y va a querer usar el que está observando. Asimismo, existe lo contrario a la impulsividad que es la preservación, que es la tendencia a repetir por mucho tiempo una determinada situación, existen niños que pueden pasar horas jugando con el mismo objeto sin

⁴² BERGER, Kathleen. (2007). *Psicología del desarrollo*. (p. 230). Madrid - España: 7 Edición, Editorial Médica Panamericana.

sentirse en la necesidad de hacer alguna otra actividad. Pues bien, estos dos estados descritos son los que comúnmente puede adoptar un niño en esta etapa y de hecho, no son tan contrarios, ya que ambas tienen la misma causa subyacente, la falta de autocontrol y de un objeto adecuado y de equilibrio emocional. El odontólogo, en el niño de esta edad, debe ser muy paciente, escucharlo, conversar con él, mostrarle el consultorio, explicarle lo que va a hacer, y usar un vocabulario de acuerdo a su edad y que él pueda entenderlo claramente.

Tercera infancia (10 – 12 años de edad). A partir de esta edad, el niño aprende a usar el intelecto sobre la emoción. No se le debe tratar de manera muy infantil, pero el operador si debe explicarle los procedimientos a realizar, reforzándolos y sobretodo dialogando sobre las conductas inadecuadas, reforzar hábitos de higiene oral y costumbres que el niño pueda tener en cuanto a su dieta alimenticia. En general son bastante cooperadores una vez que entran a la consulta con el Odontólogo y acceden al tratamiento.

2.3.2 Actitudes negativas del niño en la consulta odontológica

En la atención odontológica, si los niños son tratados correctamente adoptarán comportamientos apropiados y cooperadores. Sin embargo, no siempre ocurre esto, el paciente puede presentar comportamientos o reacciones inadecuadas que van a necesitar especial atención por parte del profesional; es por esto que el odontólogo debe estar preparado para manejar las situaciones sin mayor complicación, orientándolo y conduciéndolo a mejorar sus comportamientos, explicándole que aceptando el tratamiento él será el único beneficiado.

Respecto a esto Finn (1985), refiere:

Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. Si se maneja el niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo impresiona el odontólogo al niño y cómo va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso (p. 37)⁴³.

Miedo

El temor o miedo puede definirse como una reacción ante el peligro, es decir el individuo lo manifiesta como un mecanismo de defensa o una respuesta para protegerse. “El temor o miedo en un paciente pediátrico puede presentarse frente a una intervención nueva o conocida en la boca, que es un parte del cuerpo revestida de contenidos emocionales” (Bordoni et al, 2010, p. 73)⁴⁴.

Esta emoción es considerada como uno de los principales obstáculos en la atención odontológica pediátrica, por tal motivo hoy en día los profesionales deben tener amplios conocimientos en psicología infantil, para poder disminuir el miedo en sus pacientes, y hacer de ellos potenciales cooperadores. Además, el temor puede ser consecuencia de malos tratos percibidos por el niño en la familia, muchas veces sin ellos darse cuenta pueden transmitir estas emociones que ellos tienen a sus hijos. Existen padres que no prestan mayor atención a los sentimientos de sus hijos, o alguno de ellos incluso pueden crear miedo en los niños con el uso palabras amenazantes o usando el tratamiento dental como un castigo, por ningún motivo se justifica esta actitud en los padres.

⁴³ FINN, Sidney. (1985). *Odontología Pediátrica*. (p. 37). México D.F.: Cuarta Edición. Editorial Interamericana.

⁴⁴ BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 73). Argentina: Editorial Panamericana.

Clasificación del Miedo

Miedo innato. Es el temor que el individuo tiene al nacer, por ejemplo los ruidos intensos, perder el equilibrio, entre otros.

Miedos del desarrollo. Se adoptan a determinadas edades, suelen ser situaciones que muchas veces fantasiosas que atemorizan al niño y se vuelven familiares en él. Como el miedo a la oscuridad, a lo desconocido, o a los animales.

Miedos adquiridos por experiencias traumáticas. A lo largo de la vida de cada individuo pueden existir situaciones difíciles que van a dejar traumas en él, por ejemplo nacimiento traumático, un accidente, o una cirugía. En odontología el miedo se lo clasifica de dos maneras:

Miedo objetivo. Este tipo de miedo nace por experiencias odontológicas anteriores que haya experimentado el niño, asociada a la interferencia de la familia.

Miedo objetivo directo. Experiencia sufrida durante el tratamiento.

Miedo objetivo indirecto. Experiencias negativas que ocurrieron en ambientes similares a un consultorio odontológico, como médico o farmacias.

Miedo subjetivo. Va a generarse a partir de situaciones o experiencias de otras personas. Cuando el niño escucha, habla o percibe que sus familiares o amigos fueron sometidos a experiencias negativas en un consultorio odontológico.

Según Guedes-Pinto et al (2011)⁴⁵, en Odontología el miedo a los niños está relacionado algunas veces a la falta de confianza por el profesional o miedo de ser engañado. El niño suele comparar su dentista con otros profesionales de salud por los que fue atendido previamente; por esto es fundamental el correcto entrenamiento del operador. En otras situaciones puede deberse al miedo de perder el control, ya que una vez que el infante está siendo atendido con la boca abierta, y con instrumental extraño a sus ojos, difícilmente el niño podrá tener control. Se recomienda que se delegue al niño alguna decisión como elegir el diente a tratar; también es importante hacer la técnica de hablar-mostrar-hacer, y explicarle que en caso de que se sienta incómodo o tenga sensaciones desagradables (dolor), podrá levantar la mano izquierda y el tratamiento inmediatamente será interrumpido.

También puede deberse por miedo a lo desconocido, en estos casos es necesario que el profesional explique al paciente de manera clara, precisa y con un buen tono de voz antes de realizar algún procedimiento. Por otra parte, algunos niños pueden considerar amenazadora la situación en que el odontólogo opera en su cavidad bucal, ya que pueden pensar que el profesional está invadiendo su espacio, esto se debe por miedo a la invasión (Guedes-Pinto et al, 2011, p.38)⁴⁶

Fobia. Este tipo de miedo es más bien irracional y recurrente a un objeto, animal o situación que en la realidad no son peligrosos. El cual va a significar un verdadero problema en cualquier persona en general. No siempre se manifiestan en la niñez; de presentarse en un niño la terapia psicológica es fundamental en este tipo de casos.

⁴⁵ GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 38). Sao Paulo. Brasil: Livraria Santos Editora.

⁴⁶ GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 38). Sao Paulo. Brasil: Livraria Santos Editora.

Ansiedad

La ansiedad puede definirse como un estado emocional, el cual va a estar potenciado por estímulos internos o externos, los mismos que pueden ser reales o fantasiosos. Puede diferenciarse del miedo, ya que la ansiedad no tiene un objeto establecido. Esta sensación puede disminuirse en la consulta odontológica cuando el paciente asiste constantemente; lo mismo que valoriza la necesidad de que los padres fomenten la atención odontológica a edades tempranas en sus hijos, promoviendo en ellos un interés por la salud oral; aumentando de este modo la posibilidad de que hayan experiencias de éxito disminuyendo la ansiedad.

Agresividad

Este tipo de actitud en la atención odontológica, requiere especial cuidado y atención por parte del operador, por lo que el profesional debe indagar cuáles son las causas de este comportamiento en su paciente. Los niños pueden manifestar este tipo de actitud muchas veces por recibir o llamar la atención, expresar su dificultad de adaptación o del mundo donde vive y las personas que lo rodean.

Muchas veces, también puede hacer rabietas para expresar sentimientos de rabia legítimos, ya sea por causas reales o inmediatas; o por causas desconocidas por los demás a cerca de situaciones que ya sucedieron y el niño no logra asimilar, y en momento determinado puede expresarlo incluso cuando no exista motivo que justifique su comportamiento. Hay ocasiones en que el niño sienta inseguridad, inferioridad, ansiedad, problemas de autoestima o pueda sentirse rechazado. El odontólogo siempre debe mantener el autocontrol, hablar con firmeza sin violencia ni agresividad. El operador debe conversar con los padres y puede incluso recomendar que cuando el niño se comporte correctamente debe recompensarlo,

asimismo valen elogios, cariños, y una vez que logra que el niño se calme debe explicarle los motivos de por qué él se encuentra allí. En casos de que el niño pierda el control en la consulta, y se exprese gritando, no escuche razones o se encuentre en una crisis violenta, por ningún motivo el operador puede tomar actitudes similares, más bien deberá mantener la calma, tratar de asegurar al paciente con firmeza, controlar su tono de voz y contenerlo para que vuelva en sí.

Rabieta

Comúnmente la rabieta en un niño se va a originar por la frustración en la obtención de algo, en casos de que no se sientan complacidos, los padres muy consentidores por lo general, tendrán hijos con episodios de rabietas. El niño grita, se tira al piso, se golpea, muerde, insulta, y de haber predisposición, muchas veces llega a apnea o a convulsión. Se la puede diferenciar de la histeria ya que la rabieta cede rápidamente con tratamiento lúdico y la histeria no.

Uno de los tratamientos para la rabia es disminuir las frustraciones en el niño, para esto es necesario conocerlas para así poder evitarlas. A los padres no se les recomienda castigar a sus hijos en estas situaciones ya que puede incrementar de una frustración a otra, una vez que el niño manifieste un episodio de rabia no debe ser interrumpida, ya que podría aumentar la frustración, para esto el operador debe tener paciencia y mantenerse sereno siempre con su paciente. Al final de la crisis, puede darle un regalo, una caricia y hacerle entender que esto no se lo hace por recompensa a su comportamiento, sino más bien por darle atención, valorarlo y asegurarle que es amado, con el objetivo de disminuir sus frustraciones y por ende evitar este tipo de situaciones muchas veces vergonzosas para los padres en sus hijos.

Llanto

Básicamente el llanto se expresa por mostrar las necesidades del individuo. En los niños generalmente es para llamar o recibir la atención de los adultos. El operador debe saber diferenciar los llantos que su paciente puede expresar, ya que el llanto de rabia es más alto e intenso, mientras que el llanto de dolor tiene un comienzo más abrupto, a diferencia de los llantos más básicos del hombre que muchas veces empieza con gemidos o lloriqueos. En la consulta odontológica, pueden haber situaciones en las que el niño llore sin motivo aparente solo por “miedo” al dolor, a ser lastimados o a lo desconocido, en casos como estos se trata de niños no cooperadores, para esto el operador debe ser muy paciente y no realizar procedimientos clínicos, sino más bien deberá mostrarle el consultorio, explicarle el procedimiento y sobre todo ganarse la confianza del paciente.

Dolor

Dice Bordoni et al (2010), que puede definirse al dolor como una sensación desagradable, que deriva cambios progresivos en el organismo, que pueden ser en gran medida reflejas o genéticas, y a su vez estas reacciones pueden ser modificadas por influencias activadoras, inhibidoras y moduladoras. Esta sensación va a ser diferente en cada individuo y algunas pueden ser motivadas por el entorno. Sin embargo, se debe saber diferenciar el dolor físico del sufrimiento espiritual que a veces puede ser derivado del dolor físico o por causas de otra naturaleza; en ocasiones, el sufrimiento puede maximizar el dolor físico y anular los mecanismos anestésicos de defensa con los que cuenta el organismo (pp. 74 - 75)⁴⁷.

⁴⁷ BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (pp. 74-75). Argentina: Editorial Panamericana.

Es importante que el operador tenga conocimiento que los niños muchas veces dicen sentir dolor cuando realmente no lo sienten, el profesional debe ser muy observador y cuidadoso estas son actitudes de niños que no desean cooperar la mayoría de veces por miedo a lo desconocido, a ser lastimados, o miedo al dolor mismo.

Estrés

El estrés cuando el individuo lo experimenta con intensidad leve o moderada, puede ser bueno y motivador ya que ayuda e incentiva a las personas a ser cada día mejor y más productivas; sin embargo, el exceso de estrés puede interferir en la vida del individuo e incluso llegar a afectar sus actividades cotidianas y su salud. En los niños, es común que el estrés los afecte de acuerdo a lo que han observado o experimentado en situaciones pasadas, los cambios negativos en la vida del niño o en sus actividades son un fuerte motivo de estrés en estos pacientes.

El dolor, las lesiones y las enfermedades son las principales causas de estrés en un niño, por ende la consulta dental puede ser un fuerte motivo de estrés en los pacientes pediátricos. El operador debe estar debidamente preparado ante este tipo de situaciones que pueden darse en su consulta diaria, y es el responsable de disminuir los factores estresantes, por esto debe manejar diversos enfoques o técnicas en su consulta brindándole a su vez seguridad, confianza y debe permitir que el niño participe en la atención odontológica, familiarizándolo poco a poco en el mundo de la Odontología, teniendo en cuenta a su vez que puede representar una amenaza para el niño, ya que no siempre responderá de manera positiva, y de no hacerlo el operador deberá tener el suficiente entrenamiento para manejar la situación.

Se recomienda que la recepción del consultorio odontológico o la sala de espera sea un ambiente agradable para el paciente pediátrico, donde el niño y sus padres pueda observar cosas que llamen su atención, por ejemplo una mesa y sillas adecuadas a su tamaño, hojas y lápices para dibujar y colorear, videos infantiles o didácticos, entre otros.

También existe el estrés postraumático en los niños, el cual no es más que una respuesta al maltrato infantil experimentado por el niño anteriormente, lo que de alguna manera pudo dejar secuelas o traumas en el paciente pediátrico. Por este motivo es de suma importancia la impresión que pueda dar un odontólogo al paciente en su primera consulta, ya que puede desencadenar en un futuro actitudes tanto positivas como negativas en el niño. Es decir, si el paciente experimentó situaciones negativas o traumáticas anteriormente

2.3.3 El niño y la autoestima

Una autoestima sana es la armadura que protegerá al niño frente a los desafíos de la vida, los niños que se sienten bien consigo mismos pueden manejar los conflictos de una mejor manera, y serán capaces de resistir presiones; por el contrario los niños con autoestima baja, los desafíos van a representar frustración y ansiedad, y tienen dificultad para encontrar solución a los problemas, se vuelven muy pasivos o retraídos, tienen pensamientos autocríticos y muchas veces son predisponentes a la depresión. A medida que los niños crecen la autoestima varía, ya que se va ajustando influenciado por las experiencias o nuevas percepciones del niño (Ahumada, 2012, párr. 1-3)⁴⁸.

⁴⁸ AHUMADA, Diana. (2012). *Los niños y la Autoestima*. Recuperado de <https://www.saluspot.com/articulos/2977-los-ninos-y-la-autoestima>.

La sonrisa es muy importante para mantener una autoestima sana, unos dientes sanos, blancos y bien alineados, pueden llenar al niño de satisfacción y alegría. La Ortodoncia, ayuda a esto desde etapas tempranas de la infancia, así se genera un efecto positivo de la cara mejorando la imagen que los niños tienen sobre sí mismos. Los padres desempeñan un papel importante para favorecer que sus hijos tengan una autoestima sana ya que es su labor preocuparse por la imagen de sus hijos.

La Ortodoncia tiene una gama de tratamientos indicados en niños, es preciso decir que no todos son estéticos en el transcurso del procedimiento, de tal modo no todos los niños se van a sentir contentos con el tratamiento. Cuando el paciente se siente algo incómodo o desanimado porque el aparato no ayuda mucho en la imagen de su boca, es donde el profesional juega un papel muy importante, ya que debe explicarle al niño sobre la necesidad del tratamiento, hacerle entender que esto es por un periodo de tiempo, que una vez que culmine su apariencia va a mejorar mucho más, porque su cooperación es muy importante para que el tratamiento sea un éxito.

Actualmente existen nuevas técnicas y materiales, que pueden esconder a la vista de los demás el tratamiento ortodóntico, de tal manera que el paciente puede llegar a ganar seguridad y confianza durante el tiempo que use la aparatología ortodóntica, aunque a pesar de que no se vea tan bien, cada vez estará aceptado el hecho de usar ortodoncia (Recio, 2012, párr. 5- 6)⁴⁹.

⁴⁹ RECIO, Omar. (2012). *Ortodoncia y Calidad de Vida*. Recuperado de <http://www.blogsaludbucal.es/archive/2012/07/30/ortodoncia-y-calidad-de-vida.html>

2.3.4 Perfil del adulto

En la consulta pediátrica odontológica, los adultos son los padres, el profesional y el personal auxiliar en caso de que exista, es muy importante tener en cuenta que en la atención a niños, se recomienda la presencia de personal auxiliar en la consulta, ya que resulta de mucha ayuda para el operador; los adultos que se encuentren presentes en la atención odontológica juegan un papel fundamental en el comportamiento del niño.

Adulto joven de 24 – 45 años. En su literatura Bordoni et al (2010), clasifica al adulto joven de dos maneras, en el cual existen dos tipos de impulsos principales, uno que es explorar y experimentar, y el otro que es construir una estructura firme y segura para el futuro. En esta etapa siente presión por la sociedad, ya que debe conseguir estabilidad económica, saber ganarse la vida, conseguir pareja y formar una familia. Además tiende a disfrutar múltiples relaciones amistosas, su vida social es muy activa y desde el punto de vista sexual, disfruta el placer, además disfruta con mucha intensidad el logro del amor y la ternura.

En el momento en que el individuo ya establece su hogar con una pareja y va procreando hijos, es decir forma su familia, irá viendo la vida desde una perspectiva distinta, de una manera más ordenada y racional. Así se va completando su desarrollo y madurez tanto física como emocional; de modo que va a ir adoptando actitudes distintas y muchas veces puede cambiar las perspectivas de su vida misma con la ganancia de experiencias cambiando sus prioridades como persona dentro de la sociedad (p. 84)⁵⁰.

⁵⁰ P. DE BELLAGAMBA, Hebe. PEREYRA, Lia. DOÑO, Raquel. Aspectos Emocionales de la Situación Odontológica en: BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 84). Argentina: Editorial Panamericana.

Adulto maduro de 40 años en adelante, según Bordoni et al (2010), el hombre muchas veces ya se siente realizado, sin embargo empieza la crisis de la llamada mitad de la vida; en esta etapa se pasa de la juventud a la madurez, y esto conlleva un replanteo de la identidad. Existen casos, en los que los padres pueden tener rivalidad con hijos del mismo sexo, muchas veces visible en la forma similar de vestir, ellos se preocupan más por su salud, en esta etapa de su vida la familia es fundamental (p. 84)⁵¹.

2.3.5 La cooperación de la familia con el paciente y su tratamiento

La familia se define como un grupo de personas fundamentales en la sociedad, que conviven durante un periodo prolongado de tiempo, en el cual comparten un sin número de vivencias y sentimientos, pudiendo estar o no ligados a un grupo de consanguinidad. El ser humano, siempre va a estar necesitado de una familia en cualquier circunstancia en la que se encuentre, ya que requiere siempre el apoyo y afecto de otras personas para poder desarrollarse y desenvolverse en el medio que lo rodea.

Con el tiempo, la familia ha sufrido diversas modificaciones, ahora los jóvenes se casan a edades mayores y muchos no lo hacen; el divorcio es más frecuente y el número de hijos es menor. Sus estructuras y funciones han variado pero dos de ellas mantienen su importancia fundamental, como son la socialización y la protección psicoafectiva.

Cada familia, cada niño, tiene capacidades individuales de responder a las diversas situaciones que la vida le plantea día a día, en este caso las enfermedades; sin embargo, existen factores que pueden condicionar la visita a

⁵¹ P. DE BELLAGAMBA, Hebe. PEREYRA, Lia. DOÑO, Raquel. Aspectos Emocionales de la Situación Odontológica en: BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 84). Argentina: Editorial Panamericana.

las consultas con el odontólogo, como el nivel económico, ya que es común que las personas expresen “si tuviera dinero iría al doctor”. También pueden haber otros factores que pueden influenciar como que algunas personas ignoren la importancia de ciertos tratamientos odontológicos y solo asisten a la consulta en casos que sientan necesidad o dolor.

El operador debe tener claro que los padres tienen amplios conocimientos acerca de los comportamientos de sus hijos a partir de sus concepciones sobre el desarrollo y la educación que han experimentado a lo largo de su vida; muchas de estas creencias son difíciles de cambiar, y la mayoría de ellas son el modelo que sirve de guía para que ellos puedan ayudarse en la crianza de los infantes; por este es necesario que el profesional conozca sus ideas, para predecir su manera de comportarse frente al plan de trabajo, ya que en la mayoría de los casos la cooperación de ellos es fundamental para lograr el éxito del tratamiento (Cristóbal, Fornos, Climent, Mass, Pegenaute, 2010, p. 44 - 45)⁵².

Algunas literaturas sugieren tres tipos de socialización en la familia: “la socialización primaria”, que comprende la identificación del niño a través del contacto con sus familiares cercanos y lejanos, con las personas que lo rodean, de los cuales el niño va a interiorizar normas, costumbres y valores. Por tal motivo, cuando el odontólogo se ve en la necesidad de cambiar hábitos de higiene bucal o dieta en el niño, la labor del operador estará en educar a su familia, de tal modo que ellos fomenten estos aprendizajes en el niño.

⁵² TORRECILLAS, Ana. RODRIGO, María. La familia y el Desarrollo Perspectiva sociológica, psicológica y educativa en: CRISTÓBAL, Cristina. FORNOS, Anna. CLIMENT, Gine. MASS, Joana. PEGENAUTE, M. Fátima. (2010). *La atención temprana*. (pp. 44 – 45). Barcelona – España. Editorial UOC.

La “socialización secundaria”, es la que inicia en la adolescencia y a lo largo de toda la vida de la persona; el individuo la va interiorizando con las experiencias de su vida diaria, basada en la formación educativa y de trabajo. Este tipo de socialización requiere vocabulario, roles y conocimientos específicos.

Y, la “socialización deficiente”, se produce cuando un individuo no logra construirse como un miembro en la sociedad, ya sea por un proceso histórico-biográfico propio, por un déficit biológico o una deformación en la socialización de base que es la primaria; este tipo de socialización se la resuelve con la “Resocialización”; que es cuando la persona se ve en la necesidad de realizar un cambio de su vida en general para poder sentirse bien consigo mismo, estos cambios pueden ser de profesión, religión o migra; básicamente consiste en desmantelar el yo adquirido, y volver a adquirir otra identificación con el mundo que lo rodea, para poder desmantelar este tipo de socialización deficiente.

Así mismo, el odontólogo socializa ya que fomenta a sus pacientes sus conocimientos, cuando indica las alternativas del tratamiento, explica los fundamentos de su propuesta, comprende y aclara las dudas del paciente y sus padres; fortaleciendo en ellos una conducta independiente, brindando seguridad y confianza así los resultados logrados en el tratamiento serán los mejores.

Los padres

Ser padres es una tarea para toda la vida, implica muchas responsabilidades, por esto, siempre van a existir interrogantes sobre cómo hacer bien las cosas. Los padres deben dedicar tiempo a sus hijos en cualquier etapa de su edad, pero esto no significa que padres deban estar 24 horas del día con sus hijos; ya que ellos siempre deben tener en cuenta que los niños no se educan solos.

Los padres controladores y exigentes, y a su vez, aceptadores y sensibles, son padres con autoridad; los padres no controladores y no exigentes, pero aceptadores y sensibles, son padres permisivos; los distantes e inestables, pero controladores y exigentes, son padres autoritarios; y finalmente, los distantes e inestables, y a su vez no controladores y no exigentes, son padres poco comprometidos (Bordoni et al, 2010, p. 92)⁵³.

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es *responsabilidad de los padres*. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperador, se puede suponer que la falla esta en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar a sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de psicología infantil (Finn, 1985, pp. 14 – 15.)⁵⁴

El comportamiento de los padres y su relación con el niño son factores indiscutibles. Por lo tanto hay necesidad de establecer desde un principio una buena comunicación con ellos así como de orientar y controlar la relación triangular paciente-odontólogo-padre (Cárdenas, 2003, p. 26)⁵⁵. Es muy importante también que los padres hagan comprender a sus hijos que no debe hacer tal cosa y por qué no debe hacerlo; y de continuar haciéndolo se lo castigue pero a solas nunca se puede ridiculizar al niño, menos en un consultorio odontológico que es un sitio nuevo con personas desconocidas para el niño, tampoco se lo debe amenazar sin propósito de cumplir lo que dices.

⁵³ BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 92). Argentina: Editorial Panamericana.

⁵⁴ FINN, Sidney. (1985). *Odontología Pediátrica*. (pp. 14 – 15). México D.F.: Cuarta Edición. Editorial Interamericana.

⁵⁵ CÁRDENAS, Darío. (2003). *Odontología Pediátrica*. (p. 26). Medellín - Colombia. Colaboración para Investigaciones Biológicas CIB. Tercera Edición, Fondo Editorial CIB.

Existen casos, en que los padres pueden amenazar a sus hijos con el doctor, o con “sacarle una muela” o llevarlos a poner inyección, entre otras cosas; esto es un error grave por parte de ellos; lo cual puede generar conductas inapropiadas en el niño y fecundar temores y miedos al paciente, incluso cuando aún no han ido por primera vez a la consulta odontológica.

Los padres en la consulta odontológica

En cuanto a esto Bordoni et al (2010), menciona:

La comunicación que se desarrolle con los padres es fundamental para el manejo del niño, por lo cual su presencia en la consulta de manera rutinaria es recomendable, no solo permite al profesional incorporarlos dentro del plan de trabajo sino que es una protección legal importante. El retiro de la sala de los padres se sugiere solo en situaciones específicas en las que sea necesario mejorar la comunicación con el niño, cuando hay un alto nivel de ansiedad o por petición de ellos mismos. En estos casos es oportuno que los padres puedan ver el procedimiento desde una zona donde su hijo no tenga contacto visual con ellos, o contactar con la presencia de la asistente o una tercera persona en la consulta. Este es un concepto que ha cambiado de manera radical durante las últimas décadas, que no debe confundirse con una subordinación del odontólogo a los padres; es una oportunidad para mejorar la comunicación con el paciente y por ende lograr un tratamiento exitoso (p.26)⁵⁶.

A propósito de esto, Bordoni et al (2010), manifiesta:

Una dificultad que se plantea es que los padres están tan ocupados que muchas veces no pueden acompañar a su hijo a la consulta. Otras veces, están tan apurados que no quieren escuchar explicaciones y solo quieren resolver el problema dental. Otras se pueden sentir tan culpables que reaccionan con mucha ansiedad. El profesional cuando presenta el plan de tratamiento, podrá ver las reacciones de los padres⁵⁷ (p. 84). (Anexo 3 Fig. 20).

⁵⁶ CÁRDENAS, Juan M. GALLÓN, Alejandro. ÁLVAREZ, Cristina. Evaluación, Diagnóstico y Manejo del Comportamiento del niño en la Situación Odontológica en: BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p.26). Argentina: Editorial Panamericana.

⁵⁷ BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 84). Argentina: Editorial Panamericana.

Tipos de padres

Padres motivados. Son el tipo de padres que demuestran interés por la salud en general de sus hijos, están atentos en la consulta queriendo participar y aceptar la orientación del odontólogo, motivan a sus hijos a cooperar y fomentan en ellos la importancia de tener una salud oral adecuada.

Padres ansiosos. Son padres motivadores y cooperadores, pero por sus actitudes pueden generar comportamientos negativos en el niño; ya que son demasiado pendientes interrumpiendo el tratamiento empleado por el operador. El odontólogo debe ser muy paciente con ellos, explicarles el procedimiento para poder generar calma y confianza y en casos extremos que no se obtenga la conducta adecuada habrá que pedirles su retiro de la consulta.

Padres manipuladores. Son padres que de una manera sutil intentan imponer el manejo del niño en la consulta a través de comentarios y/o sugerencias, que un padre sea participativo en la consulta es lo ideal, pero no se justifica bajo ningún concepto que el padre intente manipular las situaciones odontológicas con su hijo y muchas veces conduzca al odontólogo a perder su seguridad y capacidad de decisión; por esto el operador debe ser firme y demostrar con certeza que en su consulta el que manda y decide es él.

Padres indiferentes. Este tipo de padres no se muestran interesados por la salud oral de sus hijos, ya sea por ignorancia o porque sencillamente no les importa. Un ejemplo típico de ellos, son los padres que solo acuden a la atención odontológica en casos de urgencia, cuando el niño sienta dolor o tenga una necesidad estética. El operador debe ser muy sutil con este tipo de padres tratar de orientarlos, motivarlos y fomentar en ellos la importancia de su interés y cooperación en la

visita al odontólogo, ya que es labor de ellos preocuparse por la salud oral y general de sus hijos y el operador debe saber comprometerlos y conducirlos a continuar el tratamiento.

Padres autoritarios. La tarea del operador es tratar a su paciente, orientar y comunicar a sus padres sobre el plan de tratamiento que se va a realizar en sus hijos, los padres debes seguir las instrucciones y recomendaciones que el operador indique; pues son ellos quienes deciden si siguen el tratamiento o no; un padre no puede darle indicaciones al operador de cómo seguir su tratamiento. Es importante que el profesional sea paciente y comprensivo no solo con el paciente sino con este tipo de padres, sobretodo el operador debe hacer entender a los padres de una manera sutil que son ellos los responsable de atender a sus hijos.

Actitudes de los padres en la consulta

Sobreprotección. Son padres que tienen un cuidado excesivo con sus hijos, están siempre pendientes, lo cual va a generar muchas veces inseguridad en los niños, retrasando su maduración psicológica, si esta actitud se ve acompañada de dominancia el niño se mostrará colaborador pudiendo ser difícil establecer comunicación con él, sin embargo si se acompaña de sobreindulgencia, podrá resultar agresivo si no se cumplen sus deseos.

Sobreindulgencia. Son padres muy consentidores, lo cual va a desencadenar en niños muchas veces engreídos, y complacidos en todos sus deseos. Van a ser niño con pocas restricciones o “niños sin límite”. En la consulta odontológica generalmente son pacientes difíciles de manejar, y casi siempre van a mostrar conductas agresivas cuando el profesional o el padre no logra dominar la situación.

Carencia afectiva. No demuestran mucho afecto al niño, por despreocupación, falta de tiempo, exceso de trabajo o de estrés, indiferencia o descuido total, generando que el niño sea tímido, llore con facilidad y pueda negarse a cooperar. El odontólogo debe ser didáctico, tolerante, afectuoso y comunicativo con el paciente, explicar lo que va a realizar y hacerle entender que es por su bien.

Rechazo. Son padres con exceso de descuido en sus hijos, son regañadores y a menudo los castigan, muchas veces de maneras que exceden los límites, el operador tiene la obligación de brindarle bienestar integral al niño por tal motivo cuando perciba maltrato infantil debe optar por denunciarlo. Este tipo de pacientes son difíciles, requieren afecto y comprensión.

Tal como refiere Nahás, (2009):

En Odontopediatría, es fundamental la mantención de una relación de complicidad padres – profesional, pues son los padres los mayores aliados del Odontopediatría tanto a lo que se refiere a la institución precoz de hábitos de autocuidado, hábitos adecuados de la dieta y de la higiene bucal, como en la prevención y en el apoyo al niño con relación a sus sentimientos de ansiedad y miedo enfrentados durante nuevas situaciones, como el caso de la atención odontológica. (p. 142)⁵⁸.

2.3.6 El odontólogo

El abordaje que tenga el odontólogo con su paciente, es fundamental en el progreso del tratamiento, ya que muchas veces puede determinar las actitudes adoptadas por el niño; debe brindar al paciente una atención de calidad con una selección adecuada de las técnicas; también debe proteger la integridad y seguridad física del paciente.

⁵⁸ MARTINS, Celia. MATTOS, Renata. NAHÁS, José. NAHÁS, María. La Triada Profesional Padres e Hijos en: NAHÁS PIRES CORREA, María Salete (2009). *Odontopediatría en la Primera Infancia*. (p. 142). Sao Paulo – Brasil: Livraria Santos Editora.

A propósito de esto Bordoni et al (2010), sugiere:

Es innegable que el acto odontológico se vive como un prototipo de agresión y el odontólogo es visto como una figura persecutora. La carga emotiva del niño y su madre o padre no pueden interferir en su trabajo. El profesional puede temer producir daño al niño ya sea por inseguridad o por temor de dar salida a los impulsos sádicos que la situación le provoca. Para evitar disgustos no debe aceptar la urgencia del tratamiento que quieran imponer los padres, sino explicar con firmeza y claridad los fundamentos de su plan de trabajo (p. 85).⁵⁹

Al profesional que va a tratar niños tiene que gustarle lo que hace, ser tolerante, afectuoso, paciente, hablar de manera pausada y clara, y sobre todo debe saber cómo ganarse la confianza de los padres y del paciente mismo, manejando distintos enfoques y técnicas dependiendo del tipo de personalidad del niño, para esto debe ser muy observador también. De este modo, el niño va a mostrar actitudes adecuadas y cooperadoras cuando el operador realice los procedimientos para poder concluir el plan de tratamiento trazado.

Bordoni et al (2010), menciona:

De todas las características de la consulta que afectan el comportamiento del paciente, la preparación y entrenamiento del profesional es la más importante. La preparación del odontólogo en el manejo del comportamiento influye de manera decisiva en la respuesta del paciente. Una actitud amable y serena pero a la vez firme y segura transmite tranquilidad al niño y sus padres generando una mejor comunicación y cooperación. La habilidad clínica del operador es también de sumo valor, y entre los aspectos que deben tenerse en cuenta están: uso y aplicación correcta de la anestesia local, aislamiento del campo operatorio con dique de goma, utilización de sistemas de evacuación de alta velocidad y destreza clínica que permitan trabajar con eficacia y calidad (p. 55)⁶⁰.

⁵⁹ P. DE BELLAGAMBA, Hebe. PEREYRA, Lia. DOÑO, Raquel. Aspectos Emocionales de la Situación Odontológica en: BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón. (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 85). Argentina: Editorial Panamericana.

⁶⁰ CÁRDENAS, Juan M. GALLÓN, Alejandro. ÁLVAREZ, Cristina. Evaluación, Diagnóstico y Manejo del Comportamiento del niño en la Situación Odontológica en: BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón (2010). *Odontología Pediátrica*. (p.95). Editorial Panamericana. Argentina.

A propósito de esto refiere, Gonzalo Uribe (2010) que el diagnóstico en Ortodoncia, es elemental para poder establecer y definir las metas de un tratamiento. El conocer y reconocer la etiología de los problemas y el definir la relación entre lo esquelético, lo dental, lo facial y lo funcional, son importantes para que el profesional pueda definir características fundamentales para considerar el plan de tratamiento general del paciente (p. 1)⁶¹.

El profesional cuando se presenta el plan de tratamiento, podrá ver las reacciones de los padres. Si ellos se sienten seguros valorarán las opiniones y acciones del odontólogo o preguntarán para reasegurarse. Puede ocurrir que se muestren temerosos y preocupados o que en casos extremos rechacen el plan de tratamiento del hijo. No perder de vista que se necesita la colaboración para operar un cambio favorable para la salud bucal de su hijo, explicar y dar fundamentos tanto como sea necesario y acordar sin modificar la esencia del plan de tratamiento (Bordoni et al, 2010, p. 84)⁶².

Bordoni et al (2010), respecto al operador debe protegerse la integridad y seguridad física del paciente y evitar el compromiso de la vía aérea, por broncoaspiración o deglución de materiales u objetos; tampoco deben lacerarse los tejidos blandos con instrumentos rotatorios o punzantes o lastimar físicamente al paciente. Sin embargo, es importante aclararle a los padres que a pesar de que se toman las precauciones necesarias pueden presentarse accidentes o molestias y en caso de que esto suceda es su labor comunicarse con el profesional que está tratando a su hijo o acudir de inmediato a la consulta para poder solucionar el inconveniente (p. 84)⁶³.

⁶¹ URIBE, Gonzalo. URIBE, Oscar. Diagnóstico y Plan de Tratamiento en: URIBE, Gonzalo (2010). *Ortodoncia*. (p. 62). *Teoría y Clínica*. Colombia: Segunda Edición, Legin S.A.

⁶² BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 84). Argentina: Editorial Panamericana.

⁶³ CÁRDENAS, Juan M. GALLÓN, Alejandro. ÁLVAREZ, Cristina. Evaluación, Diagnóstico y Manejo del Comportamiento del niño en la Situación Odontológica en: BORDONI, Noemí. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón (2010). *Odontología Pediátrica*. (p. 95). Argentina: Editorial Panamericana.

2.3.7 Manejo del paciente pediátrico en la consulta odontológica

En cuanto al manejo del paciente, Cameron y Widmer (2010), mencionan:

Los Odontólogos que trabajan con niños deben manejar distintos enfoques y técnicas, dependiendo del tipo de personalidad del niño. Mientras que un niño de temperamento fácil es lo suficientemente flexible como para adaptarse a un cambio rápido de planes, uno con patrón de adaptación lenta requiere más tiempo. Los de temperamento difícil suelen responder mejor a los dentistas que establecen una sólida estructura de apoyo, basada en la confianza. Los niños de adaptación lenta requieren del profesional paciencia, calma y sensibilidad (p. 11)⁶⁴.

El manejo del comportamiento del paciente pediátrico mediante procedimientos que reúnen habilidades técnicas y de relacionamiento interpersonal entre padre, hijo, profesional y demás personal que asista en la consulta, reforzando esta relación, a partir de la preocupación del profesional de fortalecer la confianza y reducir la ansiedad del paciente (Nahás, 2010, p. 52)⁶⁵. (Anexo 3 Fig. 21).

Normalmente los pacientes pediátricos tienen una menor capacidad de comunicación, y muchas veces demuestran ansiedad o temor a lo desconocido mediante su comportamiento. Para que el odontólogo pueda manejar al paciente pediátrico en la consulta, es necesario que considere la etapa de desarrollo de cada niño, definir su comportamientos, ser muy observador, puesto que las habilidades de cooperación de cada niño varían con la edad. Asimismo deben considerarse el desarrollo físico, nivel de socialización, habilidad de funcionar independientemente, desarrollo intelectual y habilidad lingüística. Todo esto da una idea de la madurez conductual que pueda demostrar el menor.

⁶⁴ CAMERON, Angus. WIDMER, Richard. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. (p. 11). Barcelona – España: Editorial Elsevier Mosby.

⁶⁵ NAHÁS, María. Psicología y Manejo del Comportamiento Infantil en GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. Sao Paulo. (p. 52). Brasil: Livraria Santos Editora.

A propósito de esto Finn (1985), refiere:

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptan a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos (p. 38)⁶⁶.

El comportamiento del niño ha podido clasificarse en tres etapas: pre-cooperador, cooperador, no cooperador, y potencialmente cooperador. El niño pre-cooperador comprende desde la infancia hasta los 2 ó 3 años de edad, razones de desarrollo y falta de comunicación impiden que el paciente pueda participar en el tratamiento, esta etapa se caracteriza por una falta de habilidad para cooperar.

Los niños que han avanzado desde la etapa de pre-cooperación a la de cooperación se consideran capaces de mantener conversaciones y seguir instrucciones por el operador por ende no tiene impedimentos en su cooperación en cuanto a la consulta odontológica. Cuando los pequeños han avanzado de esta etapa, pueden distinguirse entre: cooperador, potencialmente cooperador, sin habilidad de cooperación, que comprenden a los niños muy pequeños, o niños con discapacidades en los cuales la cooperación puede no lograrse nunca. (Gobierno de Salud de Chile, 2009, p. 82)⁶⁷. (Anexo 3 Fig. 23)

⁶⁶ FINN, Sidney. (1985). *Odontología Pediátrica*. (p. 38). México D.F.: Cuarta Edición. Editorial Interamericana.

⁶⁷ GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de Salud (2009). *Guía clínica Atención primaria del preescolar de 2 a 5 años*. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>

A propósito de esto, Nahás (2011), indica:

Normalmente, los niños, cuando son conducidos de forma adecuada durante la atención, se comportan de forma satisfactoria y favorable para la realización de los procedimientos odontológicos. Sin embargo, algunas veces, debido a innumerables factores, pueden presentar comportamientos y reacciones que necesitan de especial atención por el profesional (p. 37)⁶⁸. (Anexo 3 Fig. 22)

Diferentes temperamentos del niño

En cuanto al desarrollo infantil Widmer, Cameron (2011), manifiesta que se puede adoptar diferentes tipos de temperamentos: Los niños de temperamento fácil tienen estado de ánimo positivo, son alegres, con sus funciones corporales normales y se los considera adaptables y flexibles. Cuando se les presenta un problema su reacción será de intensidad baja o moderada. Los niños de temperamento difícil, la mayoría de las veces tienen funciones corporales irregulares, estos pacientes tienen reacciones intensas cuando se presentan situaciones problemáticas, muchas veces se retraen ante las novedades y no adaptan fácilmente a los cambios en su entorno. Por lo tanto el profesional debe ser muy cuidadoso cuando tenga este tipo de pacientes en su consulta. Por otra parte, existen también pacientes con temperamento de adaptación lenta, comúnmente son niños con predisposición a la timidez, presentan un nivel de actividad bajo, tardan en adaptarse y responden negativamente a los cambios. Suelen retraerse frente a las novedades y se enfrentan a los problemas con reacciones normalmente de baja intensidad (p. 11)⁶⁹.

⁶⁸ NAHÁS, María. Psicología y Manejo del Comportamiento Infantil en GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 37). Sao Paulo - Brasil: Livraria Santos Editora.

⁶⁹ WIDMER, Richard. MCNEIL, Daniel. MCNEIL, Cheryl. MCDONALD, Janel. ALCAINO, Eduardo. COOPER, Michael en CAMERON, Angus. WIDMER, Richard. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. (p. 11). España: Tercera Edición, Elseiver Mosby.

Técnicas adecuadas para el manejo del comportamiento.

Comunicación no verbal. Refuerza y guía el comportamiento por medio del contacto de la postura y de la expresión facial. La finalidad de esta técnica es mejorar la efectividad de otras técnicas de tratamiento basadas en la comunicación. Se establece por sonrisas, simpatía, amabilidad y entendimiento que irradian de las personas a través de las miradas y también por medio del toque sutil.

Diversos factores pueden generar actitudes positivas en el niño: respeto, interés por el niño como persona, compartir libremente la información, dar instrucciones claras, un nivel adecuado de comunicación, enfoque positivo por parte del profesional y sensibilidad étnica, cultural y de género. Este tipo de técnica generalmente no se la contraindica en ninguno de los casos, a excepción de los niños de corta edad que no han desarrollado aun la comunicación verbal, o en pacientes muy ansiosos.

Decir-mostrar-hacer. Consiste en explicar los procedimientos hablando, demostrar detalladamente como los objetos funcionan y qué reacciones provocan en todos los aspectos visual, auditivo y olfativo. Debe usarse un vocabulario apropiado de acuerdo a la edad del paciente; además el profesional y su personal en general debe usar asociaciones de fácil entendimiento para el niño, rimas y juegos de palabras. El odontólogo no se debe valer de mentiras ni chantajes, pues esto es totalmente inaceptable por el niño y se perderá la confianza de él y de sus padres en el tratamiento; también se deben mostrar los instrumentos siempre de forma gradual, por ejemplo, el uso del espejo durante la realización de los procedimientos es de gran utilidad. (Anexo 3 Fig.18).

Refuerzo positivo. Guedez- Pinto et al (2011), sugiere que esta técnica busca reforzar la aprobación de un comportamiento deseado, está acompañado de las técnicas decir-mostrar-hacer y del refuerzo negativo, debe realizarse inmediatamente y varias veces; es recomendable, también, que el profesional apremie al niño, ya que se considera una maniobra útil y muy valedera ayudando a estableciendo una buena empatía con el paciente, sin embargo, el profesional no solo debe usar este tipo de ayuda ya que no pueden ser utilizados inmediatamente, pero son muy beneficiosas para aumentar la cooperación y entusiasmo del paciente en las próximas citas. (p. 42)⁷⁰.

Refuerzo negativo. Se lo debe realizar inmediatamente y en repetidas ocasiones, ya que puede modificar un comportamiento no deseado, mediante la eliminación de una causa de mal comportamiento, como retirar a los padres del consultorio condicionando su regreso si el niño mejora su comportamiento. Generalmente se usa con el control de voz, el profesional y los padres no deben considerar esta técnica como un castigo, sino más bien a modo de promesas, las mismas que deben ser inmediatas y siempre deben cumplirse, ya que caso contrario se destruirá la conducta con el odontólogo. Se contraindica en niños que no han desarrollado la comunicación verbal.

Tiempo afuera. Consiste en suspender el tratamiento temporalmente dentro de la misma cita o darla por terminada y pedirle al paciente y a sus padres que regresen cuando el niño este preparado para cooperar. Esta técnica solo debe usarse cuando haya una alta cooperación de los padres y cuando el niño esté preparado emocionalmente y tenga plena entendimiento de las cosas.

⁷⁰ GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (p. 42). Sao Paulo - Brasil: Livraria Santos Editora.

Distracción. El objetivo de esta técnica es desviar la atención del niño en los procedimientos por medio de la diversión; se usa en situaciones donde es probable que el profesional pierda el control, o cuando el niño ya se siente incómodo por el estímulo producido, son bien manejadas por un estímulo verbal que despierte la atención del niño. El dialogo, contar cuentos, cantar, juguetes, así como también la televisión y los videos son de ayuda aunque no son muy efectivos en reducir la ansiedad sobretodo en niños muy pequeños. Pero servirán para entretenerlos un poco, sentirse como en casa, confiados y seguros pues ese es el fin en la consulta odontológica.

Modelado. Trata en que el paciente observe un patrón de comportamiento apropiado que se espera de él, para esto se necesita modelos que son sometidos a circunstancias similares a las que va a experimentar el paciente, puede hacerse en vivo o por medio de videos. Es sumamente efectiva para la atención pediátrica en la consulta con el odontólogo, por lo que es muy usada actualmente. Para este tipo de técnica resulta muy útil pedirle a los padres, o acompañante del niño que sirva de ayuda, ya que como son personas que él conoce y en las cuales confía; para que el niño entienda que no está en peligro y así corrija su comportamiento siendo cooperador en la consulta.

Control de voz. Es una alteración controlada del volumen y tono de voz para direccionar e influenciar en el comportamiento del paciente, se puede emplear en niños a partir de los 3 años. Consiste en un aumento o disminución del tono de voz, sin gritarle al paciente, con el objetivo de desviar la atención del niño de su conducta inadecuada y rechazar el comportamiento desfavorable a la acción odontológica. Importa realmente “como se están diciendo las cosas” ya que el control de voz es más efectivo cuando se usa con la comunicación,

Inmovilización física. Puede ser parcial o total para impedir el movimiento improvisado de brazos y piernas, para evitar riesgos de fractura de fresa o agujas; está indicada en pacientes que no cooperan, sea por inmadurez por problema físicos o mentales y para aquellos que no cooperan después de las otras técnicas de manejo del comportamiento o cuando hubieran riesgos del paciente o del profesional; está totalmente contraindicada en pacientes cooperadores y en los niños que no pueden ser inmovilizados debido a situaciones sistémicas.

Según Guedez-Pinto et al (2011), existe la inmovilización activa y pasiva. En la inmovilización activa, el niño permanece acostado en la silla odontológica y la madre puede adoptar diversas posiciones; ella puede estar bien al lado del niño, sostenerle las rodillas al paciente, podrá quedarse acostada en la silla odontológica pecho a pecho frente a su hijo, también se puede acostar en el sillón el niño va apoyado contra su tórax y por ultimo también podrá quedarse sentada en la silla odontológica, frente al niño en posición de montar, todo esto con el propósito de evitar movimientos inadecuados. La técnica de la mano sobre la boca, se indica en casos de rebeldía, descontrol, agresividad, resistencia, berrinche, ataques de ira, hostilidad, desafío, o llanto obstinado. Se contraindica en pacientes de poca edad, con obstrucción de vías aéreas, bajo medicación o niños retraídos o pasivos (pp. 45 - 51)⁷¹.

Otro tipo de técnica es la farmacológica mediante la sedación consciente o analgesia. En cuanto a la inmovilización pasiva, trata de instrumental y dispositivos adecuados a la atención de bebés y niños, los que van a facilitar la ejecución del tratamiento con calidad y precisión; como los abre bocas entre otros.

⁷¹ GUEDES-PINTO Antonio. BONECKER Marcelo. MARTINS Celia. (2011). *Odontopediatría*. (pp. 45 – 51). Sao Paulo - Brasil: Livraria Santos Editora.

2.3.8 El ambiente de trabajo y su entorno

Es importante la apariencia física del entorno ya sea una institución pública, hospitalaria, una clínica universitaria o un consultorio privado; el sitio de trabajo debe tener un aspecto ordenado, cómodo, limpio y sobretodo que indique que hay un espacio adecuado para los niños. La sala de espera es un factor preponderante ya que allí es donde los padres y el paciente tienen su primer contacto con el consultorio odontológico y normalmente debe permanecer cierto periodo de tiempo. Se recomienda que deba ser un sitio más bien de distracción para los pacientes pediátricos, de este modo los niños liberan tensiones y se sienten cómodos y seguros; la sala de espera se debe adecuar con música, videos, juegos, lectura, entre otras cosas. Además es necesario que exista un aislamiento adecuado de las zonas para que de este modo los niños que están en espera, no escuchen ruidos o llantos de otros pacientes, lo cual puede generar en el infante actitudes negativas y por ende la falta de cooperación.

Las zonas de trabajo operatorio deben estar bien iluminadas y ser amplias, puede incluirse elementos de distracción para que así el paciente al momento de ser atendido se sienta cómodo y pueda crear un ambiente más amable para el niño, debe haber un buen sistema y organización del trabajo en la consulta de este modo tanto el paciente como sus padres se sentirán seguros del trabajo realizado por el profesional. Se considera fundamental el personal auxiliar sobretodo de asistencia clínica al lado del sillón dental, y alguien que atienda el teléfono que no precisamente debe ser otra persona, este individuo maneja un papel fundamental con el paciente ya que la mayoría de veces es el primer contacto que tiene con el consultorio odontológico.

La recepción en sala es la primera impresión que tendrá el niño y sus padres de la consulta, por eso tiene que ser un sitio agradable, a la llegada del paciente debe haber una comunicación positiva, además mantener controlados los tiempos de espera entre los pacientes y servir como enlace entre los padres y el profesional.

2.3.9 Consejos que se debe seguir en la consulta con el paciente pediátrico

El profesional siempre debe observar al paciente desde que entra a su consulta, así podrá notar actitudes negativas en él y sabrá manejar su comportamiento; también debe evaluar el comportamiento de su acompañante, transmitirle seguridad y orientarlo sobre el curso del tratamiento.

Conocer el nombre del paciente, pero no debe documentar la historia del diagnóstico, las técnicas utilizadas, y la evolución del comportamiento del paciente, ya que la consulta con niños siempre se recomienda que deberá ser lo más breve posible, para que el niño no sienta ninguna molestia y en la próxima cita no tenga ningún inconveniente.

Presentarse al paciente, saludarlo, estrecharle la mano y mirarlo a los ojos; no se debe usar lenguaje inapropiado ni tono infantil, más bien, debe usarse un tono firme y claro pero a la vez siendo cortés y simpático; para que así el niño entienda que el profesional es el que lleva el control de la situación pero tampoco va a representar una amenaza para él.

En la mayoría de casos dependiendo de la edad del niño, se recomienda realizar la técnica decir-mostrar-hacer. Se deberá presentar el consultorio, equipo, silla foco para que el niño vaya adquiriendo confianza en el profesional.

Permitir que el paciente se siente solo en el sillón y que vaya al baño antes de iniciar la cita, ya que muchos niños pueden sentirse intimidados por el profesional y suelen decir tener necesidad de ir al baño cuando realmente sería solo una excusa para evitar al odontólogo; por esto el profesional no debe permitir que el paciente se levante de la silla odontológica en caso de no ser necesario o tomar el niño sin permiso de sus padres.

Algunas veces, de acuerdo al procedimiento que se va a realizar es preferible programar con sus padres para que el infante se encuentre en ayunas, en casos que el tratamiento sea de tiempo prolongado.

No se deben usar palabras amenazantes como aguja, anestesia, dolor, inyección, sangre; tampoco debemos centrar la conversación con los padres ignorando al niño; tampoco debemos usar palabras como por favor, me abres la boca con esto el niño creerá que puede asumir el control. Tiene que saber poner límites, demostrar quien tiene el control en el consultorio.

En niños de corta edad se aconseja que previo a la atención se le ofrezca el espejo bucal para que así el niño reconozca su boca, y darle algo más para que así se mantenga ocupado, la atención debe ser lo más breve posible. No se lo debe separar de los padres, sino más bien se debe orientar a los padres enseñando o reforzando el correcto cepillado dental.

Ajustar la luz para evitar molestias en el paciente pediátrico, no realizar movimientos o mover el sillón sin haberle avisado al paciente antes de proceder. No permitir que el niño vea el instrumental, si es posible usar dique de goma y emplear una adecuada succión. Es importante también usar una buena técnica de anestesia local.

En niños más grandes, el profesional deberá permitir que participen en la consulta; escucharlos, darles charlas de salud oral, orientarlos para un correcto cepillado dental, si están en tiempo de recambio de dientes mostrarle sus dientes nuevos y explicarles cómo se conservaran sanos.

Por otra parte, también se debe explicar el efecto de las bebidas gaseosas, azucaradas y dietéticas; también debe explicarse el tratamiento a seguir y como se lo realiza mostrándole los materiales a usar y su funcionamiento.

Si el comportamiento del niño es el adecuado, se pueden efectuar procedimientos que requieran poca colaboración como profilaxis y examen clínico y al finalizar la consulta se recomienda premiar al paciente por su comportamiento.

Así mismo, si el niño muestra un comportamiento desfavorable, no se recomienda empezar un tratamiento en la primera consulta sino, más bien debe mostrársele el consultorio, conversando con el niño, escuchándolo el objetivo del profesional debe ser ganarse la confianza y seguridad por parte del niño. Si el comportamiento de “no cooperador” persiste en las consultas siguientes, después de comprobar que el niño no está sintiendo dolor se pueden usar técnicas como el control de voz.

En casos extremos en los cuales ninguna de las técnicas recomendadas para el manejo de comportamiento mejore la actitud no cooperadora del paciente pediátrico el operador tendrá que optar por la restricción física con el consentimiento y ayuda de los padres o la sedación consciente, lo cual se usa solo en casos que se consideren realmente necesarios.

En cualquiera de los casos el profesional siempre debe demostrar amor, paciencia y comprensión y sobre todo tratar de explicarle al niño porque está en la consulta, y tratar de hacerle entender la importancia y necesidad del tratamiento.

Según Moya, Pinzón, Forero (2003):

Es importante inculcar a los padres de familia que los niños se deben llevar a consulta odontológica no solo cuando haya dolor sino que se debe hacer una rutina como la visita al pediatra para valorar su salud general. Es preferible y menos traumática para ellos llevarlos al odontólogo, para revisarlos y para aplicarles todas las medidas de promoción y prevención de las enfermedades bucodentales (p. 16)⁷².

⁷² MOYA, Mauricio. PINZÓN, Mercedes. FORERO, Darío (2003). *Odontología Básica Integrada*. (p. 16). Bogotá D.C. – Colombia: Zamora Editores.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MÉTODOS

3.1.1 Modalidades básicas de la investigación

- **Bibliográfica**, porque se apoyó en la recopilación de información de libros de texto y páginas web.
- **De campo**, porque se realizaron encuestas y fichas de observación a los pacientes atendidos en las Clínicas de Ortodoncia y Pediatría en la Carrera de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.

3.1.2 Nivel o tipo de investigación

- **Exploratorio**, porque se exploró clínicamente la cavidad oral de los pacientes que asisten a las Clínicas Odontológicas de la USGP.
- **Descriptivo**, porque se hizo una descripción de los tratamientos ortodónticos usados en niños a corto plazo, y su relación con la cooperación de los pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la USGP.
- **Analítico**, porque se realizó el análisis de los problemas más frecuentes en los tratamientos ortodónticos, debido a la falta de cooperación del paciente, cuyos resultados se establecieron a través de tablas y gráficos estadísticos.
- **Sintética**, mediante esta investigación se estableció conclusiones que se guiaron en las encuestas, fichas de observación y la investigación bibliográfica.

- **Propositiva**, la investigación culminó con una propuesta que se hizo alternativa de solución al problema estudiado.

3.2 TÉCNICAS

- Encuestas
- Observación

3.3 INSTRUMENTOS

- Formulario de encuestas a los padres de familia y estudiantes de las clínicas de Ortodoncia y Pediatría de la USGP
- Fichas de observación a los pacientes y estudiantes de las clínicas de Ortodoncia y Pediatría de la USGP

3.4 RECURSOS

3.4.1 Talento humano

- Directora de tesis
- Investigadora
- Pacientes atendidos en las Clínicas Odontológicas de la USGP
- Padres de familia de los pacientes de las clínicas de la USGP
- Estudiantes de las Clínicas de Ortodoncia y Pediatría

3.4.2 Recursos tecnológicos

- Internet
- Pen Drive
- CDS

3.4.3 Materiales

- Fotocopias
- Textos relacionados con el tema

- Revista
- Fotografías
- Hojas de papel bond
- Tinta
- Encuadernación
- Lápices, plumas
- Correctores
- Borradores
- Instrumentos de diagnóstico odontológico
- Guantes para el examen intraoral
- Mascarillas

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 Población

El universo está constituido por 198 pacientes atendidos en las clínicas Odontológicas y los 33 estudiantes que atienden en Pediatría y Ortodoncia respectivamente de la Universidad San Gregorio de Portoviejo” en el periodo octubre 2012 – mayo 2013.

3.5.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra lo componen 100 pacientes atendidos en las clínicas odontológicas y 32 estudiantes que atienden en Pediatría y Ortodoncia respectivamente en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

3.5.3 Tipo de muestreo

El tipo de la muestra que se utilizó es aleatoria simple.

CAPÍTULO IV

4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

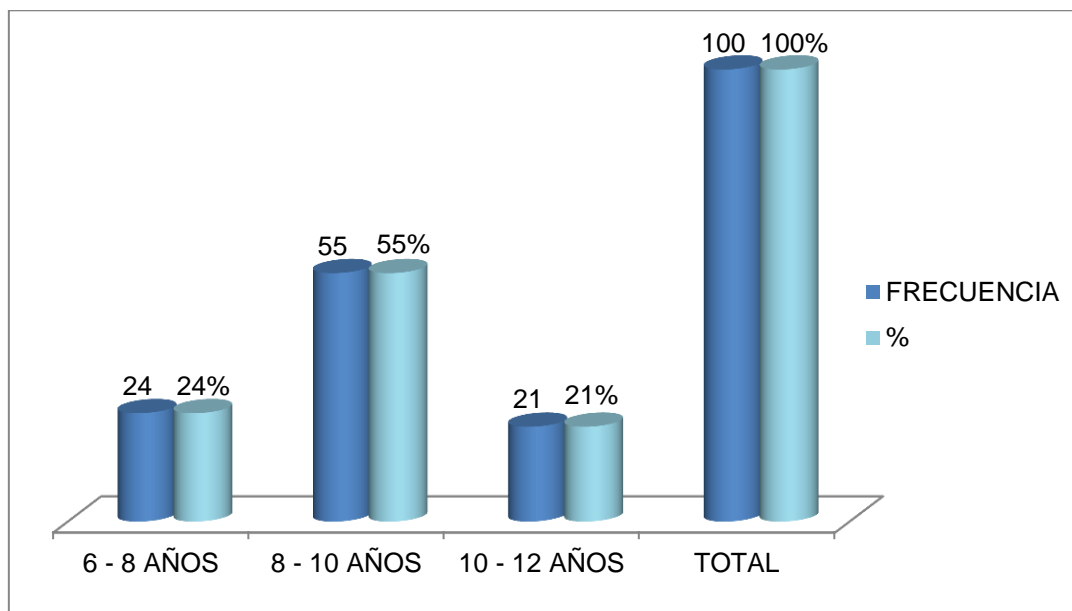
4.1 Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los estudiantes de las Clínicas Odontológicas de la USGP

CUADRO N° 1

a) Edad del paciente

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
6 - 8 AÑOS	24	24
8 - 10 AÑOS	55	55
10 - 12 AÑOS	21	21
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuestas realizadas a los pacientes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 pacientes atendidos en cuanto a la edad, los resultados obtenidos son los siguientes; 24 pacientes que corresponden al 24 % tienen entre 6-8 años de edad, 55 pacientes que corresponden al 55% tienen entre 8-10 años de edad y 21 pacientes que corresponden al 21% tienen entre 10-12 años de edad.

Lo cual evidencia lo que menciona el Grupo Dental Bocanova (2012). **“El tratamiento de ortodoncia idealmente debe comenzar con el paciente niño, en aras de hacer un seguimiento del crecimiento y desarrollo y de esta manera prevenir y tratar a tiempo cualquier condición que pueda interferir en el correcto desarrollo del niño. En esta etapa del desarrollo, se encuentra como alteraciones más comunes la falta de espacio para los dientes permanentes por una discrepancia entre el tamaño dental y maxilar”**. Pág. 10.

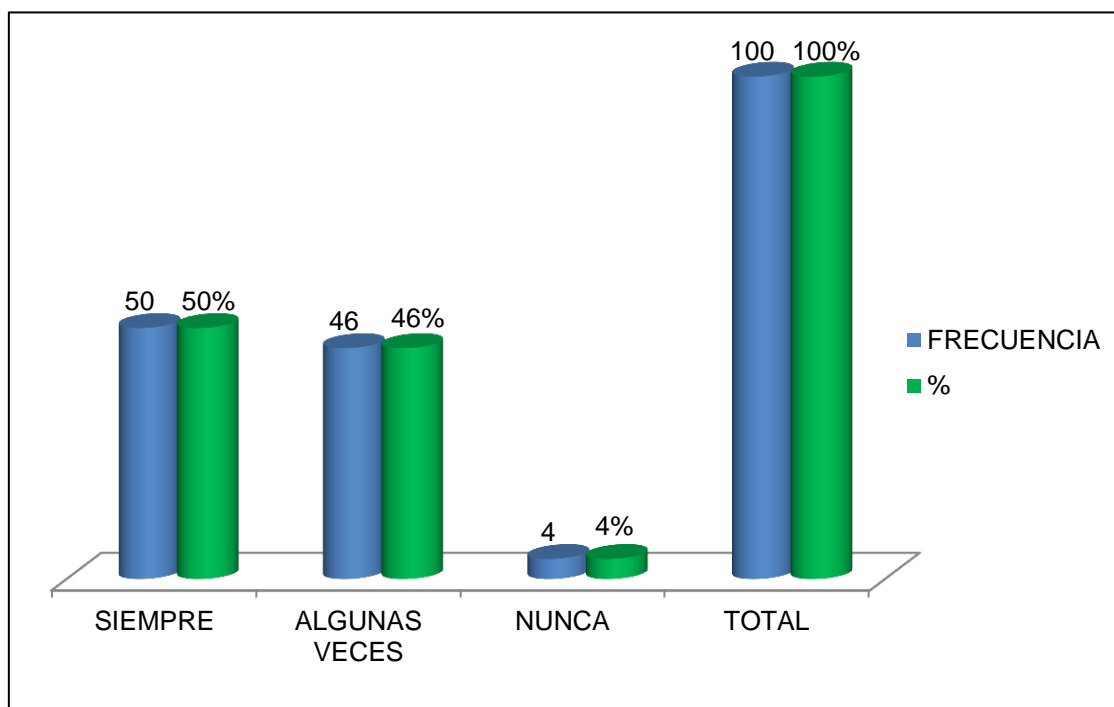
Los resultados demuestran que el 55%, que corresponde a 55 niños están entre 8-10 años; en total se han observado 100 casos de niños atendidos en las Clínicas de Ortodoncia y Pediatría de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, los mismos que también respondieron las encuestas realizadas. Ya que como se indica, en la etapa de desarrollo del ser humano existen alteraciones dentales, la más común es la falta de espacio para que los dientes permanentes erupcionen normalmente.

CUADRO N° 2

b) Al adaptar la aparatología ortodóntica, su paciente se sintió contento con el tratamiento:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	50	50
ALGUNAS VECES	46	46
NUNCA	4	4
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Encuestas realizadas a los estudiantes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 32 estudiantes encuestados, responsables de los 100 pacientes observados; 50 de ellos correspondientes al 50% indicaron que los pacientes siempre están contentos con el tratamiento, 46 operadores que corresponden al 46% manifiestan que algunas veces y 4 de ellos que corresponden al 4 % indicaron que sus pacientes nunca estaban contentos con el tratamiento.

Tal como refiere María Salete Nahás Pires Correa et al (2011): **“Normalmente, los niños, cuando son conducidos de forma adecuada durante la atención, se comportan de forma satisfactoria y favorable para la realización de los procedimientos odontológicos. Sin embargo, algunas veces, debido a innumerables factores, pueden presentar comportamientos y reacciones que necesitan de especial atención por el profesional”**. Pág. 76.

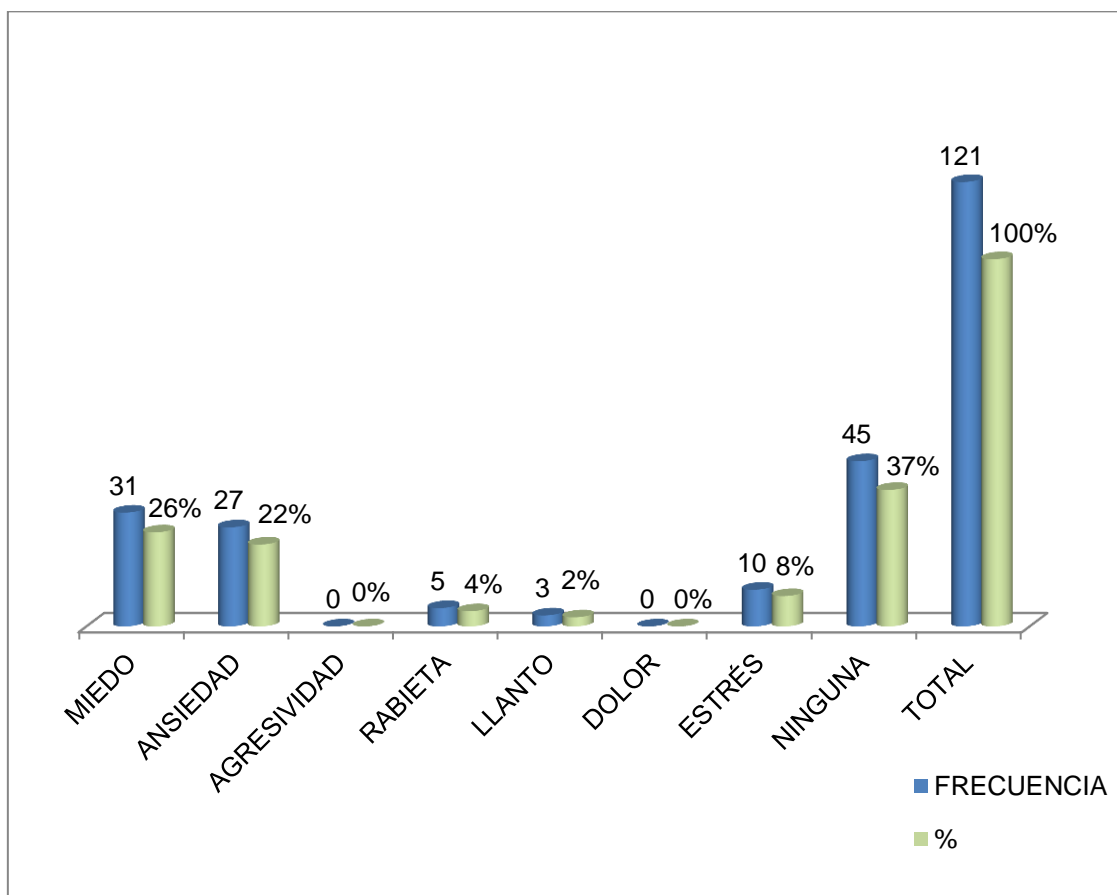
Los resultados demuestran que el 50% del total de estudiantes encuestados, manifestaron que sus pacientes están contentos con el uso de la aparatología ortodóntica; lo que es fundamental para que el paciente adopte comportamientos adecuados en el tratamiento. Así mismo, un 46% indicaron que algunas veces; y el 4% que nunca estaban satisfechos con el tratamiento; lo que demuestra que la gran mayoría de los pacientes que han sido atendidos se sienten satisfechos con el uso de la aparatología lo cual indica que adoptan comportamientos y reacciones favorables para los procedimientos ortodónticos

CUADRO N° 3

c) En el tratamiento empleado, el niño manifestó conductas tales como:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
MIEDO	31	26
ANSIEDAD	27	22
AGRESIVIDAD	0	0
RABIETA	5	4
LLANTO	3	2
DOLOR	0	0
ESTRÉS	10	8
NINGUNA	45	37
TOTAL	121	100

GRÁFICO N°3



FUENTE: Encuestas a los estudiantes de las clínicas de la USGP
 ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los operadores indicaron que sus pacientes tenían actitudes como: 31 de ellos que corresponden al 25 % indicaron tener miedo, 27 de ellos correspondientes al 22% manifestaron que los niños tenían ansiedad, 5 de ellos experimentaron rabietas en sus pacientes lo que corresponde al 4%, en cuanto al llanto, 3 pacientes correspondientes al 2% indicaron esta actitud; 10 pacientes indicaron estrés que corresponden al 8%, 45 niños no manifestaron ninguna de esta actitudes correspondiente al 37% y ningún estudiante indicó episodios de agresividad ni dolor por sus pacientes en el tratamiento realizado lo cual corresponde al 0%.

Según Sidney Finn (1985): **“Cuando el niño llega para que se haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. Si se maneja el niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo impresiona el odontólogo al niño y como va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso”** Pág. 54.

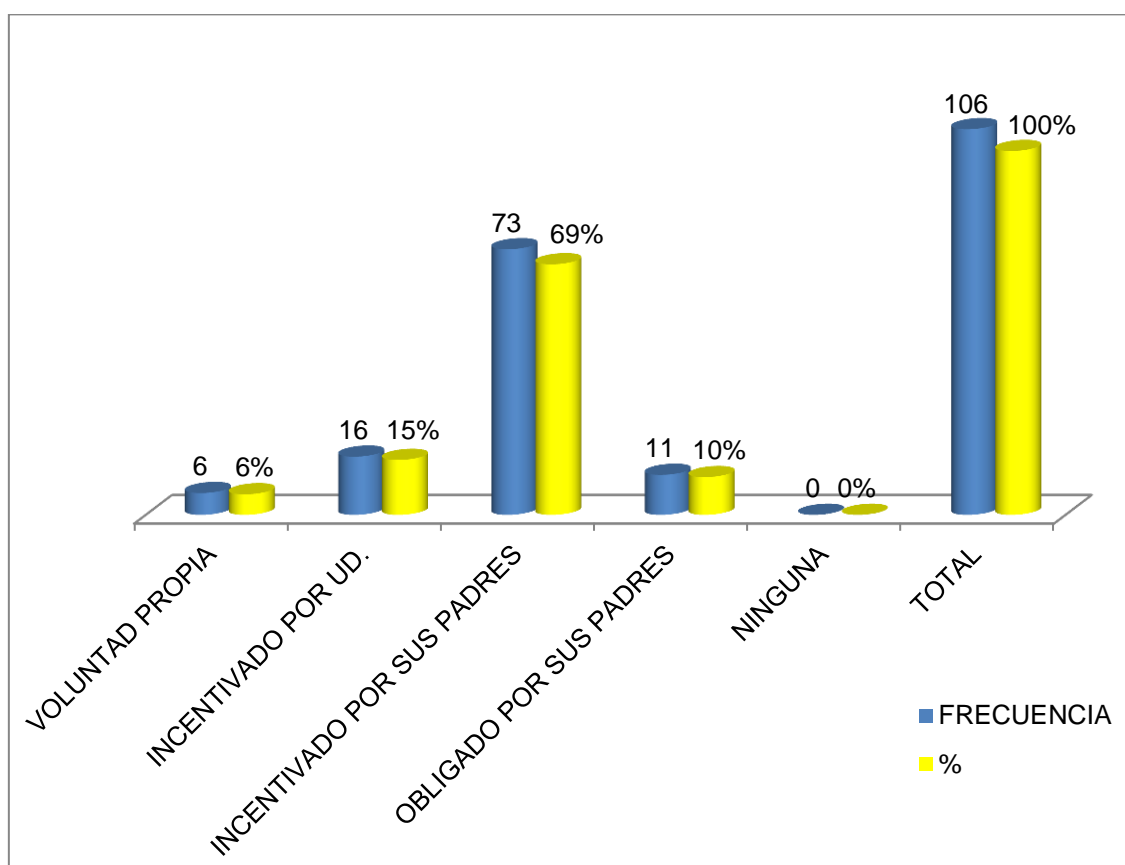
Lo que indica que la mayoría de pacientes, 45 de ellos correspondientes al 37% no manifestaron ninguna actitud negativa en la consulta, de tal modo que la mayoría de niños atendidos tienen comportamientos favorables y se sienten a gusto con el tratamiento, lo que quiere decir que el operador sabe manejar al paciente y sobre todo se ha sabido ganar la confianza del niño y sus padres aumentando de este modo su cooperación y asegurando el posible éxito del tratamiento realizado.

CUADRO N° 4

d) Sus pacientes están recibiendo el tratamiento por:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
VOLUNTAD PROPIA	6	6
INCENTIVADO POR UD.	16	15
INCENTIVADO POR SUS PADRES	73	69
OBLIGADO POR SUS PADRES	11	10
NINGUNA	0	0
TOTAL	106	100

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Encuestas realizadas a los estudiantes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según lo que indica su operador 6 de ellos correspondientes al 6% están recibiendo el tratamiento por voluntad propia; 16 niños que corresponden al 15% fueron incentivados por el estudiante para tratarse; 73 de ellos lo que corresponde al 69%, manifestaron ser incentivados por sus padres y 11 de ellos correspondientes al 10% están recibiendo el tratamiento obligados por sus padres

En cuanto a esto, Sidney Finn (1985) menciona: **“El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperador, se puede suponer que la falla esta en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar a sus hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de psicología infantil”** Pág. 67.

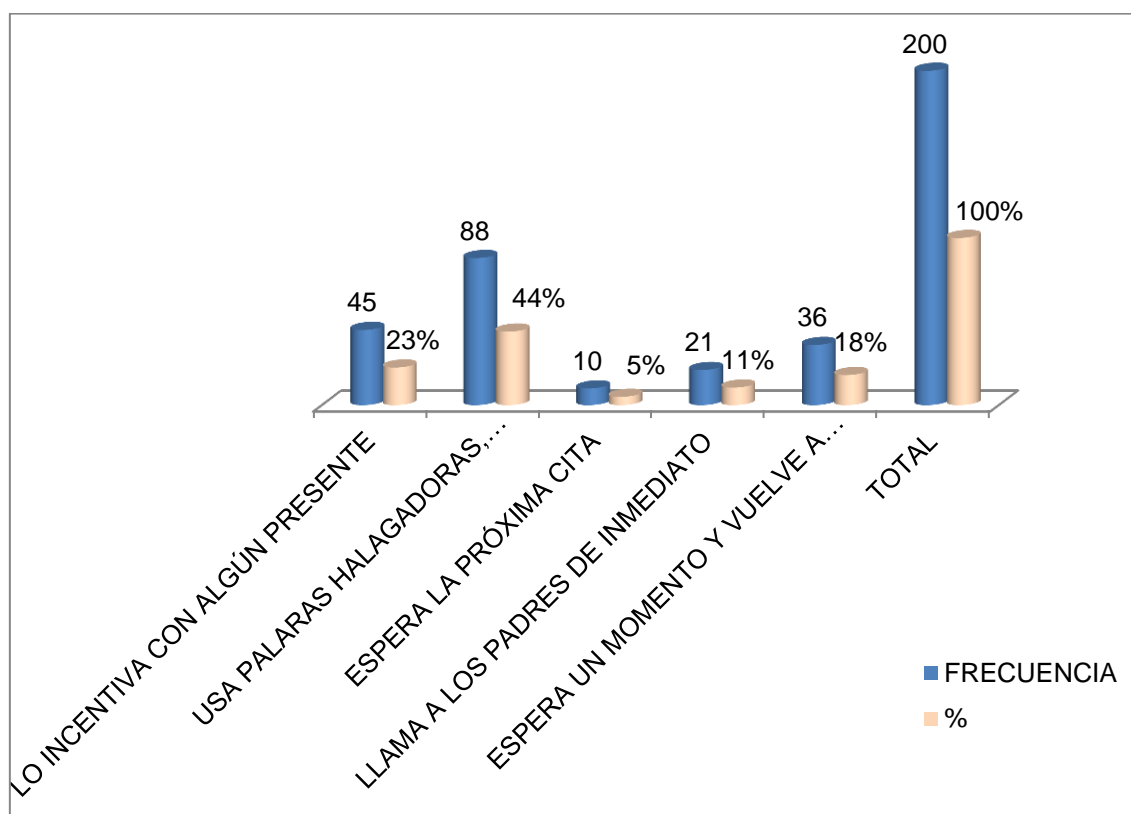
Los operadores en las encuestas indicaron que la mayoría de sus pacientes se encontraban recibiendo el tratamiento incentivado por sus padres, lo cual refleja una gran motivación y apoyo por parte de ellos, y a su vez refleja una buena relación entre padre e hijos. Es labor del odontólogo reforzar esto y fomentar la triada indispensable en el tratamiento paciente-odontólogo-padre.

CUADRO N° 5

e) Cuando el niño no coopera en el tratamiento, usted :

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
LO INCENTIVA CON ALGÚN PRESENTE	45	23
USA PALARAS HALAGADORAS, MOTIVÁNDOLO	88	44
ESPERA LA PRÓXIMA CITA	10	5
LLAMA A LOS PADRES DE INMEDIATO	21	11
ESPERA UN MOMENTO Y VUELVE A INTENTARLO	36	18
TOTAL	200	100

GRÁFICO N° 5



FUENTE: Encuestas realizadas a los estudiantes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los operadores al observar conductas negativas en sus pacientes, en 45 de los casos correspondientes al 23% indicaron que los incentivaban con regalos; en 88 situaciones que corresponde al 44% usaba palabras halagadoras; en 10 situaciones que corresponde al 5% manifestaron que esperaban la próxima cita; en 21 de las situaciones que corresponden al 11% indicaron que llaman a sus padres de inmediato y en 36 de ellas correspondientes al 18%, esperan y vuelven a intentarlo.

Según Cameron et al (2010): **“Los Odontólogos que trabajan con niños deben manejar distintos enfoques y técnicas, dependiendo del tipo de personalidad del niño. Mientras que un niño de temperamento fácil es lo suficientemente flexible como para adaptarse a un cambio rápido de planes, uno con patrón de adaptación lenta requiere más tiempo. Los de temperamento difícil suelen responder mejor a los dentistas que establecen una solida estructura de apoyo, basada en la confianza. Los niños de adaptación lenta requieren del profesional paciencia, calma y sensibilidad”**. Pág. 74.

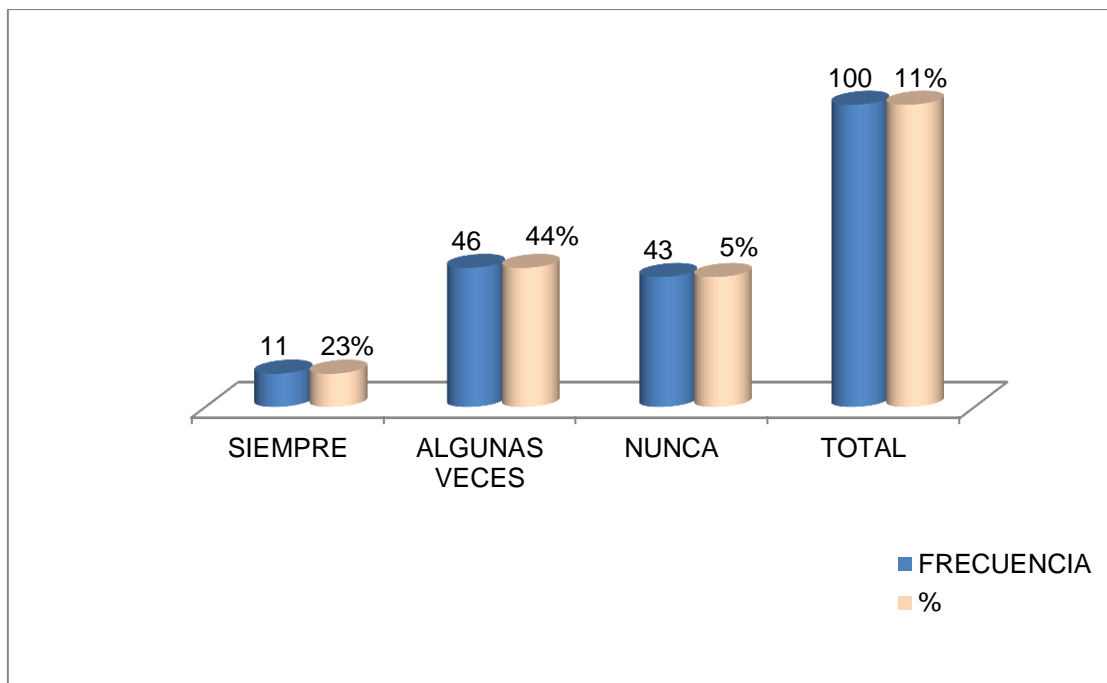
De 32 operadores que atienden a 100 niños en las clínicas, la mayoría de ellos que corresponden al 44% indicaron que usaba palabras halagadoras motivando a sus pacientes a cooperar en el tratamiento. Otra gran parte compuesta por un 23% manifestaron que usaba regalos como incentivo o premio para mejorar las actitudes y comportamientos en los pacientes pediátricos; lo cual indica que el operador maneja diversas técnicas con sus pacientes para mejorar la cooperación del mismo en el tratamiento y posee las cualidades tal como lo menciona el autor para manejar el comportamiento de manera adecuada.

CUADRO N° 6

a) Los padres acuden a la cita odontológica con el paciente:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SIEMPRE	11	11
ALGUNAS VECES	46	46
NUNCA	43	43
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Encuestas realizadas a los estudiantes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 32 estudiantes encuestados responsables de 100 pacientes observados en las clínicas, indicaron que 11 padres correspondientes al 11% siempre iban a las citas, 46 padres que corresponden al 46% manifestaron que algunas veces y 43 padres correspondientes al 43% de ellos indicaron que los padres nunca asistían a las citas odontológicas.

A propósito de esto, Noemi Bordoni et al (2010) manifiesta: **“Una dificultad que se plantea es que los padres están tan ocupados que muchas veces no pueden acompañar a su hijo a la consulta. Otras veces, están tan apurados que no quieren escuchar explicaciones y solo quieren resolver el problema dental. Otras se pueden sentir tan culpables que reaccionan con mucha ansiedad. El profesional cuando presenta el plan de tratamiento, podrá ver las reacciones de los padres”**. Pág. 68.

Según las encuestas realizadas a los operadores, se logró concluir que la mayoría de padres que corresponde al 46% asiste algunas veces a las consultas, y un 43% que es una cantidad significativa nunca asiste a la consulta con su hijo. Estas son diversas dificultades que suelen darse con los padres ya que es fundamental su apoyo en el tratamiento del paciente, pudiendo ser varios los factores que incidan en la inasistencia de ellos.

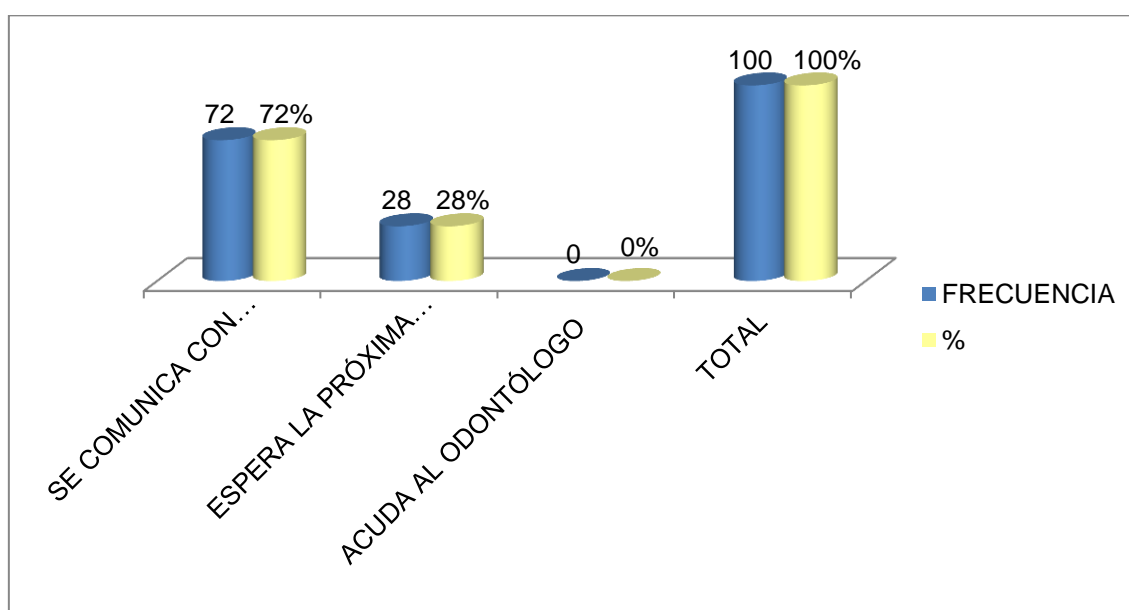
4.2 Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a los padres de familia de los pacientes que se atienden en las Clínicas Odontológicas de la USGP

CUADRO N° 1

a) Cuando tiene algún inconveniente con el uso de la aparatología de su hijo usted:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SE COMUNICA CON QUIEN ATIENDE A SU HIJO	72	72
ESPERA LA PRÓXIMA CITA	28	28
ACUDE AL ODONTÓLOGO	0	0
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuesta a los padres de familia de los pacientes atendidos en las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los padres encuestados, manifestaron que cuando sus hijos tienen inconvenientes con el uso de la aparatología se comunican con quien atiende a su hijo en un 72% correspondiente a 72 padres, el 28% restante corresponde a 28 personas esperan la próxima cita, y ningún paciente correspondiente al 0% acude de inmediato al Odontólogo.

A propósito de esto menciona María Salette Nahás Pires Correa et al, (2009): **“En Odontopediatría, es fundamental la manutención de una relación de complicidad padres – profesional, pues son los padres los mayores aliados del Odontopediatría tanto a lo que se refiere a la institución precoz de hábitos de autocuidado, hábitos adecuados de la dieta y de la higiene bucal, como en la prevención y en el apoyo al niño con relación a sus sentimientos de ansiedad y miedo enfrentados durante nuevas situaciones, como el caso de la atención odontológica”**. Pág. 71.

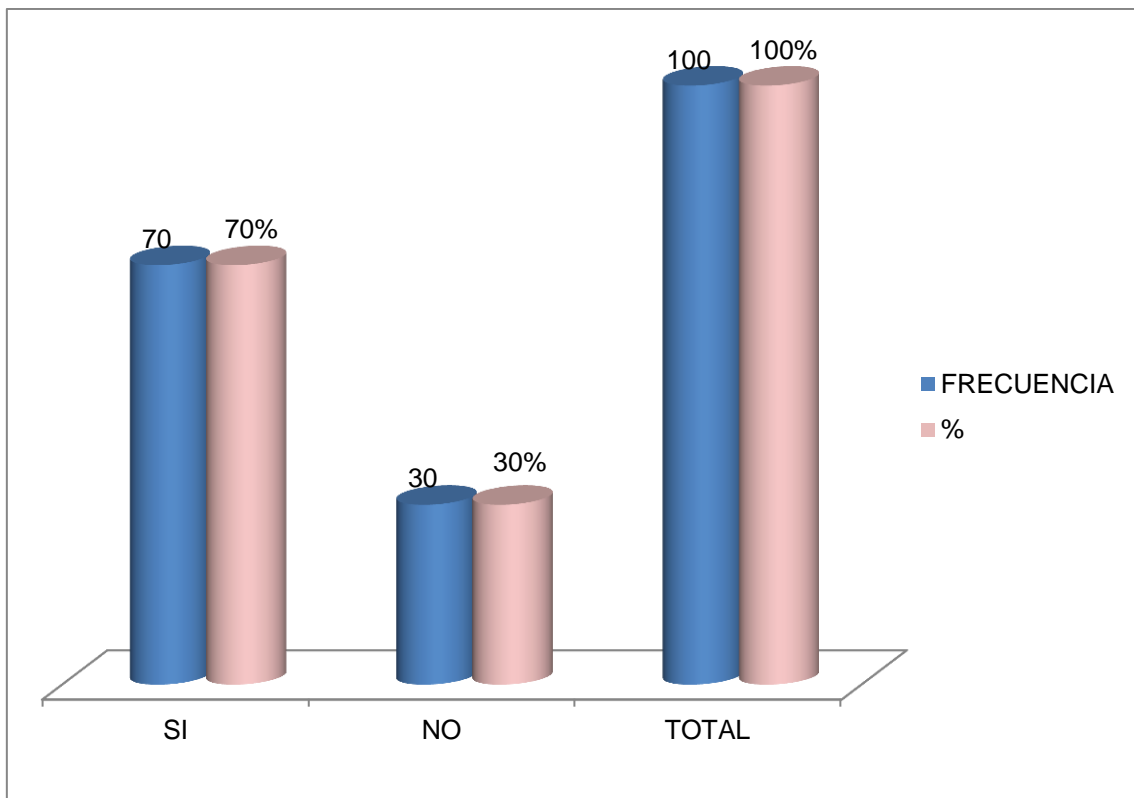
Los resultados logrados en las encuestas realizadas a los padres, indican que el 72% de los ellos se comunica con quien atiende a su hijo, cuando los niños han tenido dificultades o inconvenientes en el tratamiento; lo cual demuestra interés por parte de ellos en el tratamiento de sus hijos. Esto repercute de manera positiva en el niño, ya que la triada profesional padre, paciente y operador es fundamental para obtener los resultados requeridos en el plan de tratamiento. Lo que indica que existe una buena relación del operador con los padres del paciente.

CUADRO N° 2

b) ¿Ha observado cambios importantes desde que se inició el tratamiento?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SÍ	70	70
NO	30	30
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Encuesta a los padres de familia de los pacientes atendidos en las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de padres encuestados, un 70% correspondiente a 70 padres respondieron que sí han observado cambios en el tratamiento y el 30% restante correspondiente a 30 personas indicaron que no observaron cambios.

Tal como refiere Bordoni et al (2010): **“Es innegable que el acto odontológico se vive como un prototipo de agresión y el odontólogo es visto como una figura persecutora. La carga emotiva del niño y su madre o padre no pueden interferir en su trabajo. El profesional puede temer producir daño al niño ya sea por inseguridad o por temor de dar salida a los impulsos sádicos que la situación le provoca. Para evitar disgustos no debe aceptar la urgencia del tratamiento que quieran imponer los padres, sino explicar con firmeza y claridad los fundamentos de su plan de trabajo”**. Pág. 72.

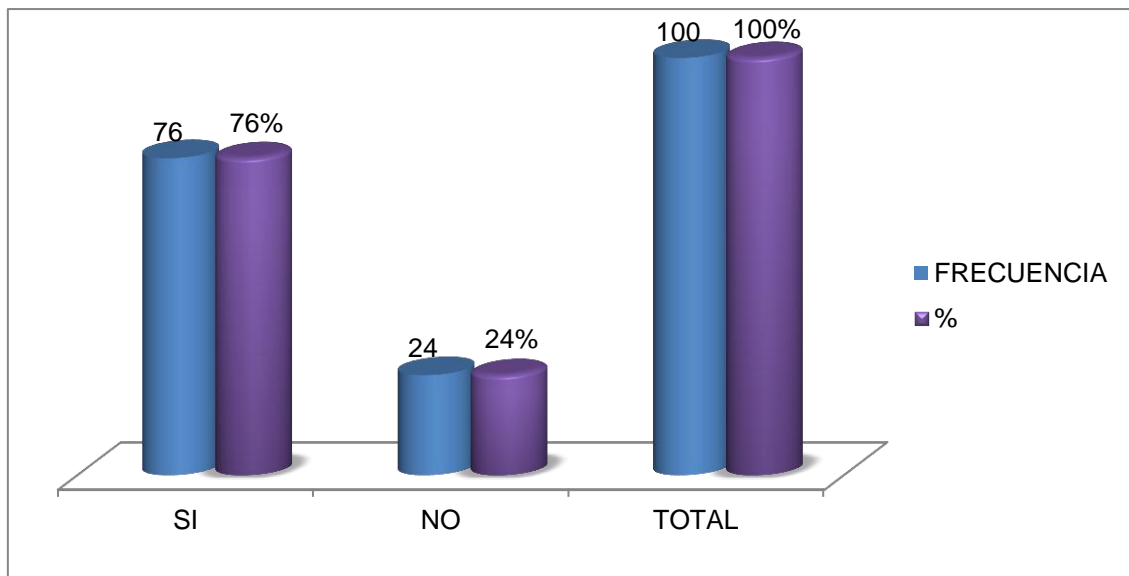
Las encuestas realizadas a los padres, demuestran que el 70% de ellos indican que si observan cambios en el transcurso del tratamiento realizado a los pacientes, lo que quiere decir que los padres se sienten seguros y saben valorar el trabajo realizado a su hijo, lo cual también es mérito del operador ya que ha sabido manejar de manera correcta al paciente y sus padres explicando el procedimiento a realizar y la importancia de la cooperación de ambos para poder lograr éxito y la satisfacción con el tratamiento empleado.

CUADRO N° 3

c) ¿Usted se compromete a llevar al niño para concluir el tratamiento?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SÍ	76	76
NO	24	24
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 3



FUENTE: Encuesta a los padres de familia de los pacientes atendidos en las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de padres encuestados, un 76% correspondiente a 76 de ellos dicen que sí se comprometen a concluir el tratamiento del niño, el 24% restante correspondiente a 24 de ellos indica que no se compromete.

Noemi Bordoni et al (2010), en su literatura menciona: **“Los padres controladores y exigentes, y a su vez, aceptadores y sensibles, son padres con autoridad; los padres no controladores y no exigentes, pero aceptadores y sensibles, son padres permisivos; los distantes e inestables, pero controladores y exigentes, son padres autoritarios; y finalmente, los distantes e inestables, y a su vez no controladores y no exigentes, son padres poco comprometidos”**. Pág. 67.

Las encuestas realizadas a los padres, indican que el 76% de ellos se compromete a terminar el tratamiento de su hijo. Lo cual indica que a pesar de que la mayoría de ellos no asiste a la consulta con el paciente, en caso de requerirse su presencia estarían dispuestos a cooperar en el tratamiento. Pues según la mención del autor en los resultados de las encuestas no se encuentra el perfil de padres poco comprometidos en el tratamiento de sus hijos.

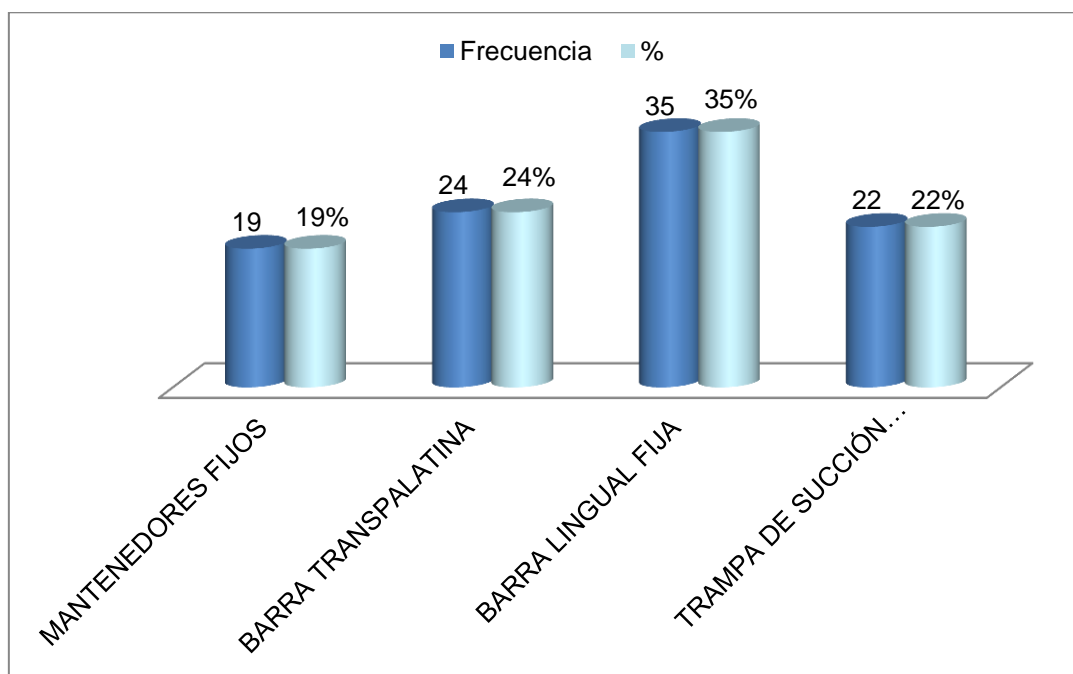
4.3 Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los pacientes de las Clínicas Odontológicas de la USGP

CUADRO N° 1

a) Diseño del aparato ortodóntico usado

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
MANTENEDORES FIJOS	19	19
BARRA TRANSPALATINA	24	24
BARRA LINGUAL FIJA	35	35
TRAMPA DE SUCCIÓN DIGITAL	22	22
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los pacientes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 pacientes observados en las clínicas odontológicas de la USGP en cuanto al diseño de la aparatología; 19 que corresponden al 19% usan mantenedores fijos, 24 pacientes que corresponden al 24% usan barra transpalatina, 35 pacientes que corresponden al 35% usan barra lingual fija, y 22 pacientes correspondientes al 22% utilizan trampa de succión digital.

A propósito de los tratamientos ortodónticos, Massimo Rossi (2011), refiere: **“Las aparatología fijas tienen algunas ventajas en cuanto a las removibles, ya que están diseñadas para ser usadas las 24 horas del día, es decir, va a existir un estímulo progresivo y continuo para el crecimiento de la mandíbula, también tiene la ventaja que reduce la cooperación del paciente, ya que es imposible que el paciente logre quitárselo fácilmente”**. Pág. 12.

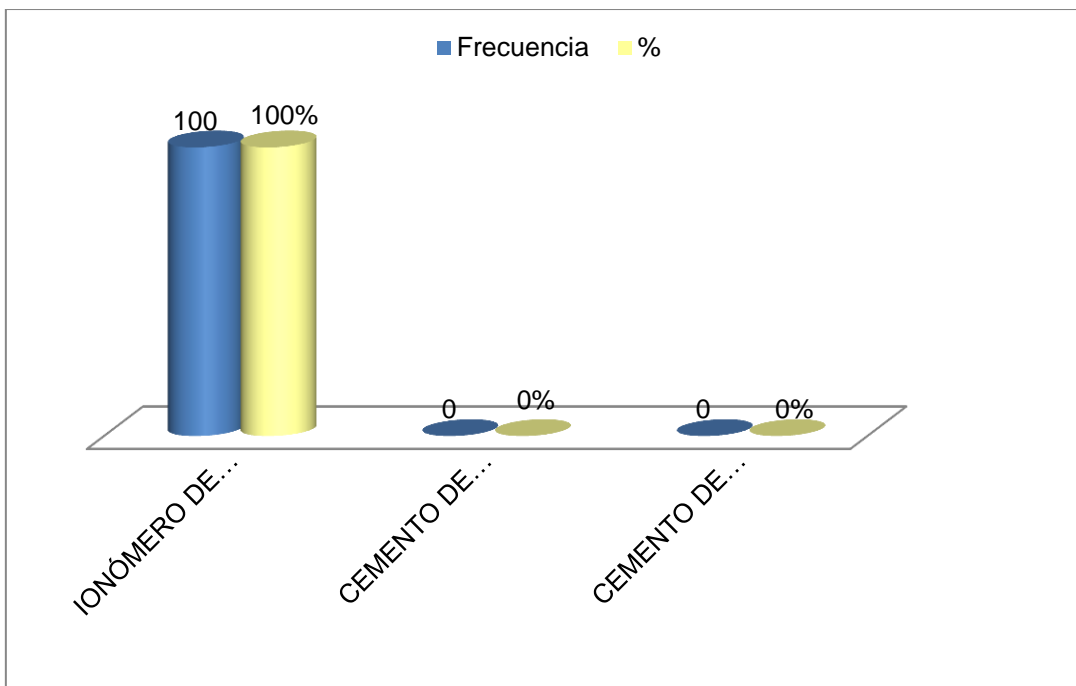
Actualmente la demanda en los campos de odontología, tales como la ortodoncia está en aumento; pues bien, esto no se aleja de la realidad en las clínicas de Odontología de la USGP a diario se ve una gran cantidad de pacientes por tratamientos ortodónticos, ya que la institución ofrece atención gratuita, y existe un gran número de pacientes que tienen la necesidad de este tipo de tratamientos, pero por razones económicas no pueden hacerlo.

CUADRO N° 2

b) Cemento usado en el aparato ortodóntico

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
IONÓMERO DE VIDRIO	100	100
CEMENTO DE POLICARBOXILATO	0	0
CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC	0	0
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Fichas de observación de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 pacientes observados, en 100 pacientes de ellos que corresponden al 100% usaron cemento de ionómero de vidrio, ninguno uso otro tipo de cemento.

En lo cual indica Samara Shukeir, Georgette (2008). **“Los cementos de ionómero de vidrio (CIV) se unen al esmalte, dentina y a la mayoría de los metales. Además, liberan flúor. Parece que las fases hidrogel son las responsables de la absorción y liberación de flúor añadido en el medio a partir de geles, enjuagues y dentífricos. Su resistencia a la fractura es baja, por lo que prácticamente solo se usa para la cementación de bandas. La disminución de la desmineralización adyacente y su mejor retención de las bandas son las razones por las que se usa para la cementación en pacientes con tendencia a caries”**. Pág. 16.

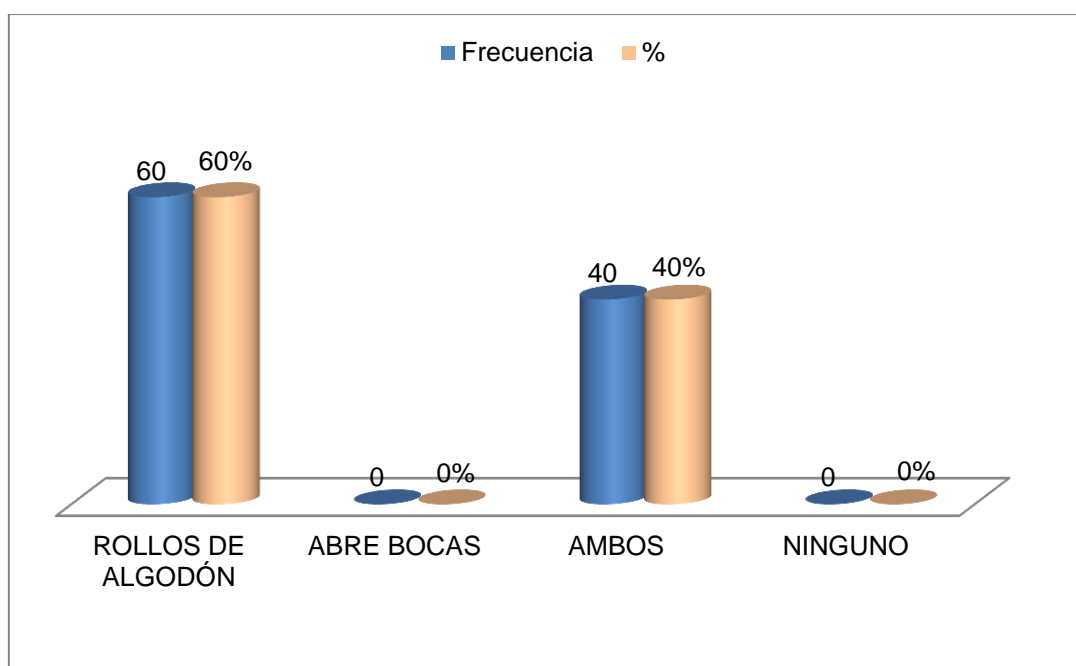
Como manifiesta la ficha de observación en los 100 casos clínicos, el cemento de elección fue el ionómero de vidrio, ya que sus propiedades adhesivas hacen que sea el cemento de elección por los operadores hoy en día. En este tipo de tratamientos es fundamental la retención de bandas, el vidrio ionomérico ofrece una mejor retención de bandas y por ende ayuda a que el tratamiento sea un éxito.

CUADRO N° 3

c) Forma de aislamiento del campo operatorio

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
ROLLOS DE ALGODÓN	60	60
ABRE BOCAS	0	0
AMBOS	40	40
NINGUNO	0	0
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 3



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los pacientes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de casos observados, 60 que corresponden al 60% usaron rollos de algodón en el aislamiento para la cementación de bandas; ninguno que corresponde al 0% uso solo abre bocas, 40 estudiantes correspondientes al 40% usaron abre bocas y rollos de algodón, y ningún estudiante que corresponde al 0% de ellos no usó ninguno.

Como manifiesta Esequiel Rodríguez et al (2007), en su literatura: **“Se aísla perfectamente el sector con rollos de algodón y retractores de carrillos. Algunas ocasiones es recomendable el uso del dique de hule”** Pág. 18.

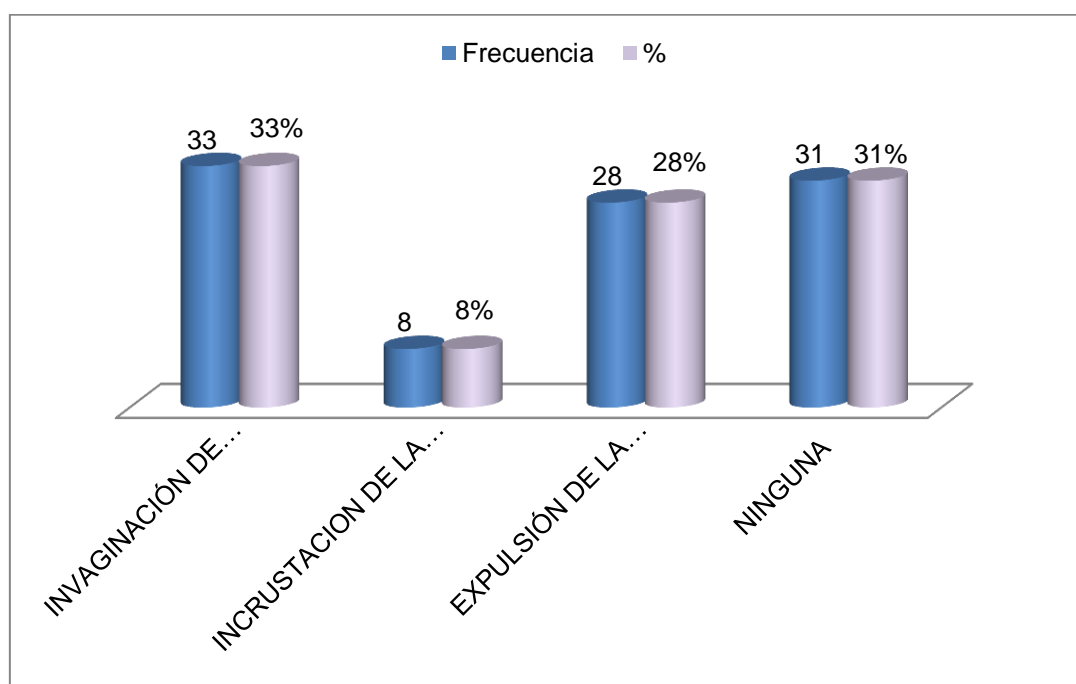
Las fichas de observación realizadas, demuestran que el 60% de los casos se utiliza para el aislamiento relativo solo rollos de algodón para realizar la cementación de bandas de las aparatologías, lo cual indica que la mayoría de operadores no están utilizando el aislamiento recomendado en este tipo de casos que es rollos de algodón con abre bocas; ya que estos instrumentos ayudan al operador en la atención de los niños en la consulta odontológica y en el mercado encontramos de distintos tamaños y sobre todo ideales para que el paciente pediátrico se sienta cómodo y pueda cooperador con el procedimiento.

CUADRO N° 4

d) Inconvenientes en el uso de la aparatología ortodóntica

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
INVAGINACIÓN DE BANDAS	33	33
INCRUSTACIÓN DE LA APARATOLOGÍA	8	8
EXPULSIÓN DE LA APARATOLOGÍA	28	28
NINGUNA	31	31
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los pacientes de las clínicas de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las fichas indican que de 100 casos atendidos en las clínicas odontológicas de la USGP se encontraron un total de 69 inconvenientes, de los cuales 33 casos que corresponden al 33% tenían invaginación de bandas, 8 casos que corresponden al 8% manifestaban incrustaciones de las aparatologías y 28 casos correspondientes al 28% se observó expulsión de la aparatología y 31 casos que corresponden a 31% no se observaron inconvenientes.

Tal como refiere, Esequiel Rodríguez et al (2007): **“Las lesiones en los tejidos blandos (encía, carillos, mucosas, piel) durante el tratamiento de ortodoncia son muy frecuentes. Estas son debidas a un mal diseño, elaboración y manejo de la aparatología fija y/o removible. Dependiendo del tipo y ubicación que tenga la lesión, dependerá de la urgencia que tendremos en nuestra clínica. Estas lesiones son fáciles de eliminar y generalmente seden al momento de retirar el agente agresor”**. Pág. 24.

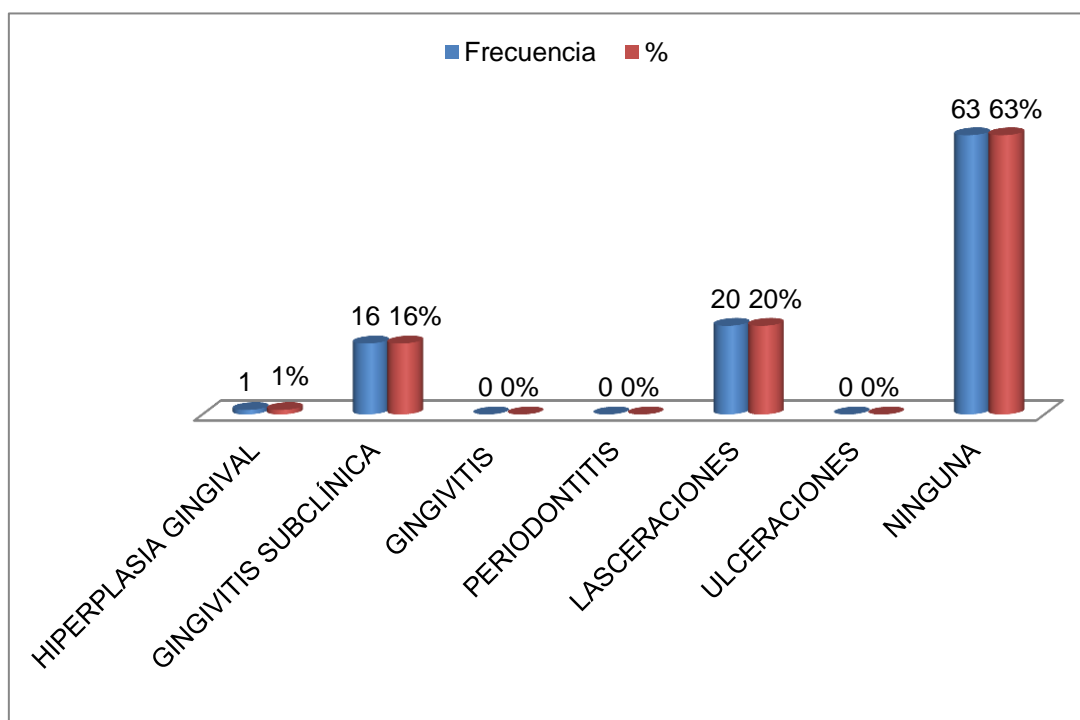
Mediante las fichas de observación se puede indicar que un 69% de los casos hubo inconvenientes, este porcentaje representa que en la mayoría de casos existen inconvenientes y por ende molestias en el paciente pediátrico por el uso de la aparatología ortodóntica en boca de los pacientes. Es labor del operador estar bien entrenado clínicamente, para evitar accidentes y además de esto informarle al paciente y a sus padres que pueden presentarse molestias.

CUADRO N° 5

e) Lesiones orales causadas por el uso de la aparatología

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
HIPERPLASIA GINGIVAL	1	1
GINGIVITIS SUBCLÍNICA	16	16
GINGIVITIS	0	0
PERIODONTITIS	0	0
LASCERACIONES	20	20
ULCERACIONES	0	0
NINGUNA	63	63
TOTAL	100	100

GRÁFICO N° 5



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los pacientes de las clínicas de la USGP
 ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se encontró un total de 37 lesiones causadas por el uso de la aparatologías, de las cuales 1 que corresponde al 1% era hiperplasias gingivales; 16 correspondientes al 16% era gingivitis subclínica, no se encontraron lesiones como gingivitis ni periodontitis ni ulceraciones lo que correspondían al 0%, y un total de 20 laceraciones correspondientes a un 20%.

En cuanto a esto Esequiel Rodríguez et al (2007), menciona: **“Mas allá de cualquier consideración estética, la maloclusión es generalmente la causa de de muchos problemas periodontales; los aparatos ortodónticos fijos es la causa principal de decadencia de la higiene oral. La falta de cooperación del paciente, con lo que respecta a su limpieza dental, es un factor importante para dar inicio a una gingivitis o una periodontitis”**. Pág. 23.

Las fichas de observación indican que de 100 casos clínicos, el 37% tuvo lesiones, ya que en presencia de aparatos ortodónticos fijos con bandas, cuando el paciente pediátrico no coopera del todo, no va a existir una adecuada higiene oral, de este modo pueden originar diversas lesiones e incluso en casos más severos una gingivitis o periodontitis.

4.4 Análisis e interpretación de los objetivos específicos

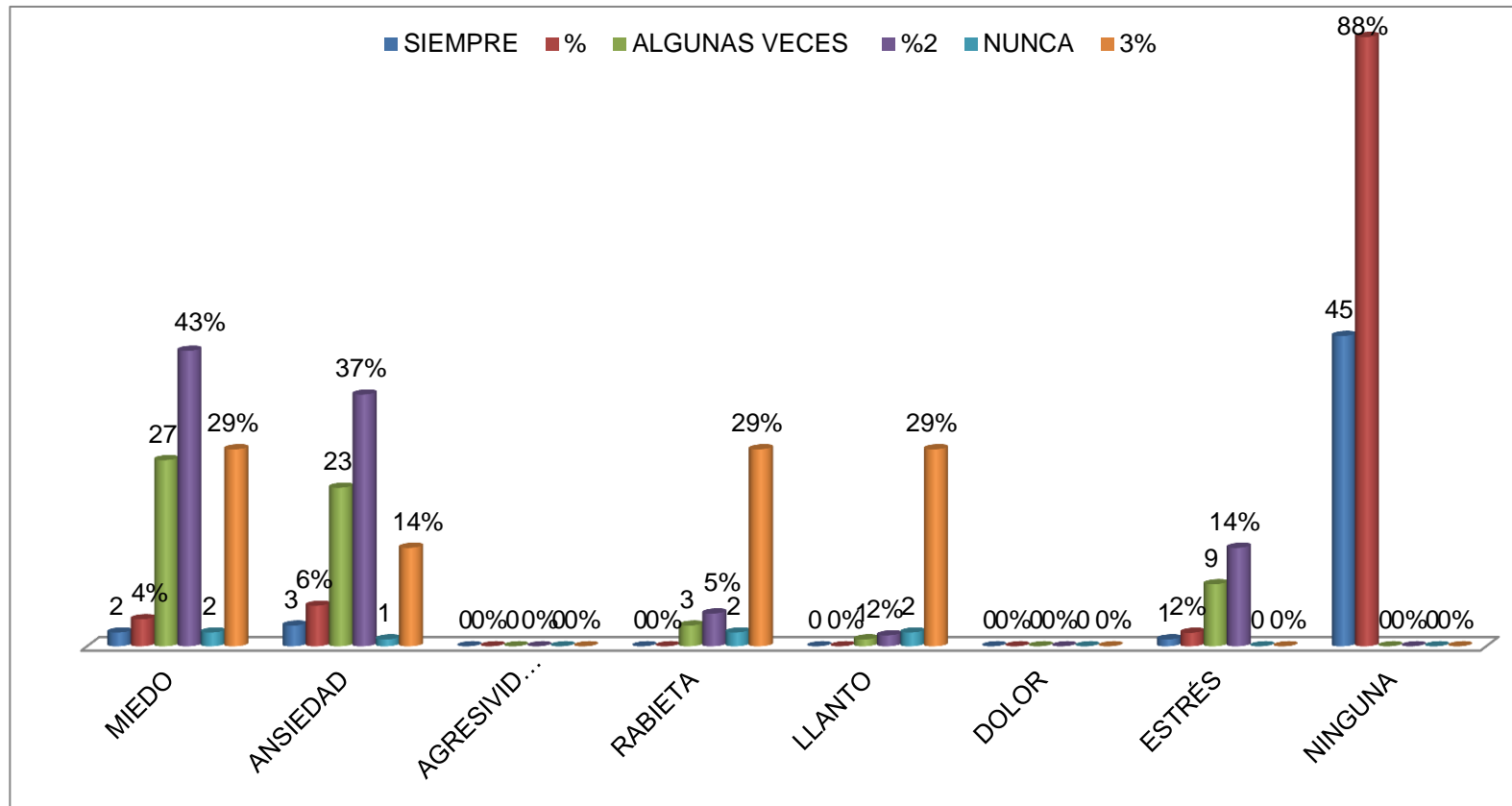
4.4.1 Indagar la aceptación que tenga el niño al uso de la aparatología en el tratamiento ortodóntico

CUADRO N° 1

a) Pacientes satisfechos con el tratamiento:

ACTITUDES	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%2	FRECUENCIA	3%
ALTERNATIVAS						
MIEDO	2	4	27	43	2	29
ANSIEDAD	3	6	23	37	1	14
AGRESIVIDAD	0	0	0	0	0	0
RABIETA	0	0	3	5	2	29
LLANTO	0	0	1	2	2	29
DOLOR	0	0	0	0	0	0
ESTRÉS	1	2	9	14	0	0
NINGUNA	45	88	0	0	0	0
TOTAL	51	100	63	100	7	100

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuestas realizadas a los estudiantes de la USGP
 ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los operadores responsables del tratamiento de 100 pacientes observados en las clínicas, indicaron que de 50 pacientes que siempre se sintieron contentos en el tratamiento, en 45 de ellos correspondiente al 88% se indicó que no tenían ninguna actitud negativa en el tratamiento, por lo que se encontraban prestos a cooperar, en 2 situaciones correspondientes al 4% se manifestó que experimentaron miedo, en 3 ocasiones que corresponde al 6% ansiedad y en 1 situación correspondiente al 2% se indicó estrés en los niños. Por otra parte en 46 pacientes que algunas veces se sentían contentos se indicó que: en 27 situaciones las cuales corresponden al 43% sintieron miedo; en 23 de ellas correspondientes al 37% se vieron ansiosos, 3 de ellos lo cual corresponden al 5% tuvieron rabietas; en 1 ocasión correspondiente al 2% se pudo observar llanto y en 9 situaciones lo que corresponde al 14% se observó estrés en los pacientes. De los 4 pacientes que nunca se sentían contentos con el tratamiento, se manifestaron 2 episodios de miedo los que corresponden al 29%, en 1 situación correspondiente al 14% se observó ansiedad, también se indicó 2 situaciones de rabietas las mismas correspondientes al 29% y en 2 ocasiones correspondientes al 29% sintieron llanto.

A propósito de esto Sidney Finn (1985) refiere: **“Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptan a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos”**. Pág. 75.

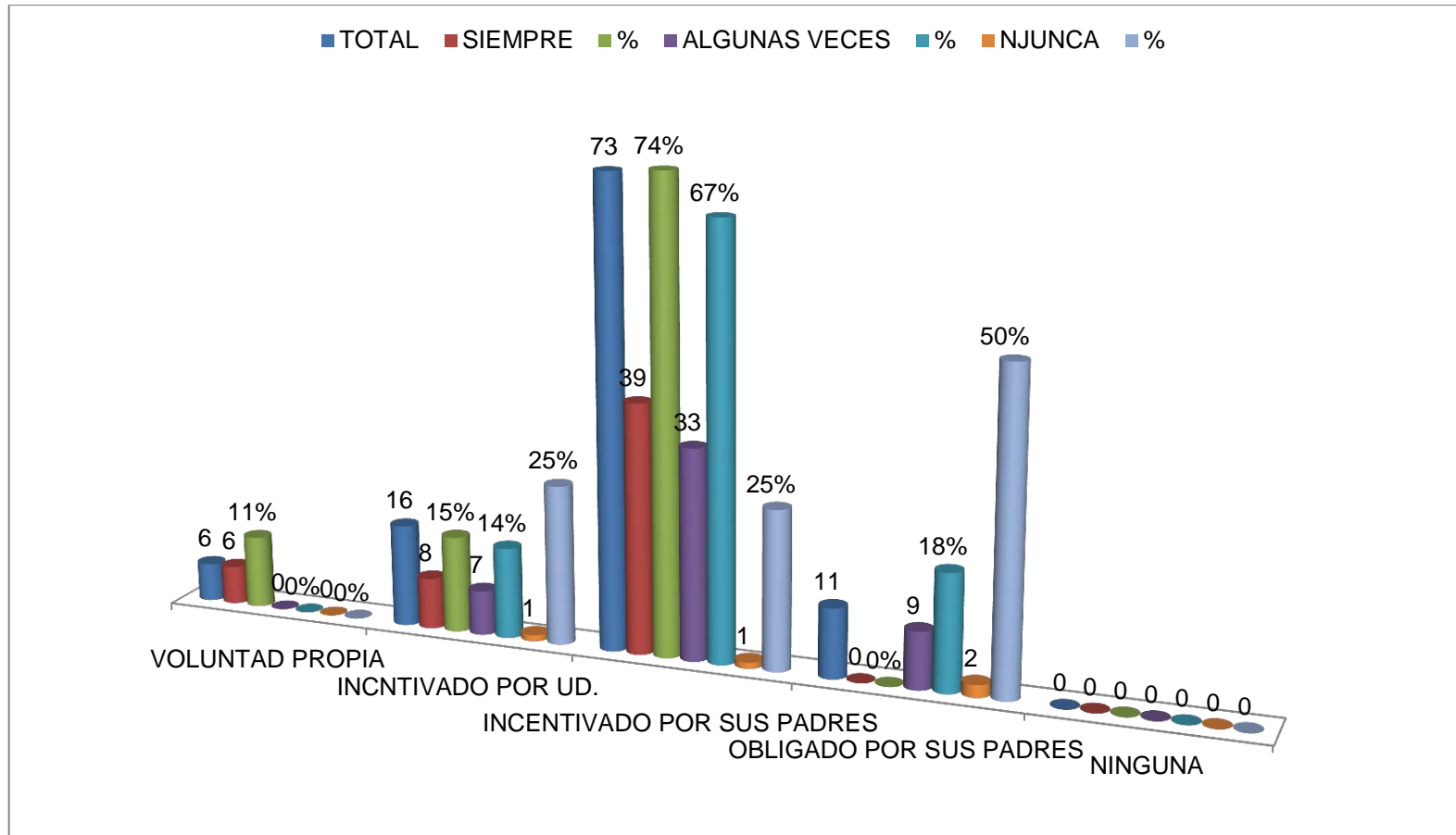
Los resultados demuestran que el 50% de pacientes siempre aceptó el tratamiento y estaban dispuestos a cooperar en el mismo; de los cuales 45 de ellos no manifestaron haber tenido ninguna conducta negativa. Así mismo, el 46% de los niños algunas veces se sentían contentos con el tratamiento, en ellos se encontraron 63 actitudes negativas en la consulta frente al operador.

CUADRO N° 2

b) Pacientes aceptaron el tratamiento por:

PACIENTES RECIBEN EL TRATAMIENTO POR:		PACIENTES SATISFECHOS					
ALTERNATIVAS	TOTAL	SIEMPRE	%	ALGUNAS VECES	%2	NUNCA	3%
VOLUNTAD PROPIA	6	6	11	0	0	0	0
INCENTIVADO POR UD.	16	8	15	7	14	1	25
INCENTIVADO POR SUS PADRES	73	39	74	33	67	1	25
OBLIGADO POR SUS PADRES	11	0	0	9	18	2	50
NINGUNA	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	106	53	100	49	100	4	100

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Encuestas realizadas a los estudiantes de la USGP
 ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de estudiantes encuestados en cuanto a las actitudes que sus pacientes tuvieron en la consulta, 50 que corresponden al 50% que siempre aceptaron el tratamiento: 6 de ellos correspondientes al 11% indicaron estar allí por voluntad propia, 8 niños los cuales corresponden al 15% manifestaron recibir el tratamiento incentivados por sus operadores, y 39 pacientes los mismos que corresponden al 74% están recibiendo el tratamiento incentivado por sus padres.

En los niños que se sienten contentos algunas veces, los que suman 46 correspondientes al 46%, 7 de ellos correspondientes al 14% optaron por el tratamiento debido al incentivo de los operadores, 39 niños que corresponden al 74% de los pacientes manifestaron estar en la consulta por incentivo de los padres y 9 de ellos los cuales corresponden al 18% indicaron recibir el tratamiento obligado por sus padres.

En 4 niños que nunca se sintieron contentos con el tratamiento, 1 paciente que corresponde al 25% recibe el tratamiento incentivado por el operador, 1 niño correspondiente al 25% asiste a la consulta ortodóntica por incentivo de sus padres, y 2 de ellos los cuales corresponden al 50% manifestaron asistir por obligación de sus padres.

Según Mauricio Moya et al (2003) refiere: **“Es importante inculcar a los padres de familia que los niños se deben llevar a consulta odontológica no solo cuando haya dolor sino que se debe hacer una rutina como la visita al pediatra para valorar su salud general. Es preferible y menos traumática para ellos llevarlos al odontólogo, para revisarlos y para aplicarles todas las medidas de promoción y prevención de las enfermedades bucodentales”**. Pág. 84.

Los resultados demuestran que la gran mayoría de pacientes se encuentran recibiendo el tratamiento por incentivo de sus padres, lo que quiere decir que los padres tienen conocimiento sobre odontología que han receptado información valedera por el operador o por los profesionales de esta rama y que sobre todo están fomentando a sus hijos estos conocimientos, brindándoles su apoyo en el tratamiento, lo cual es muy importante para mejorar la cooperación de ellos en el procedimiento.

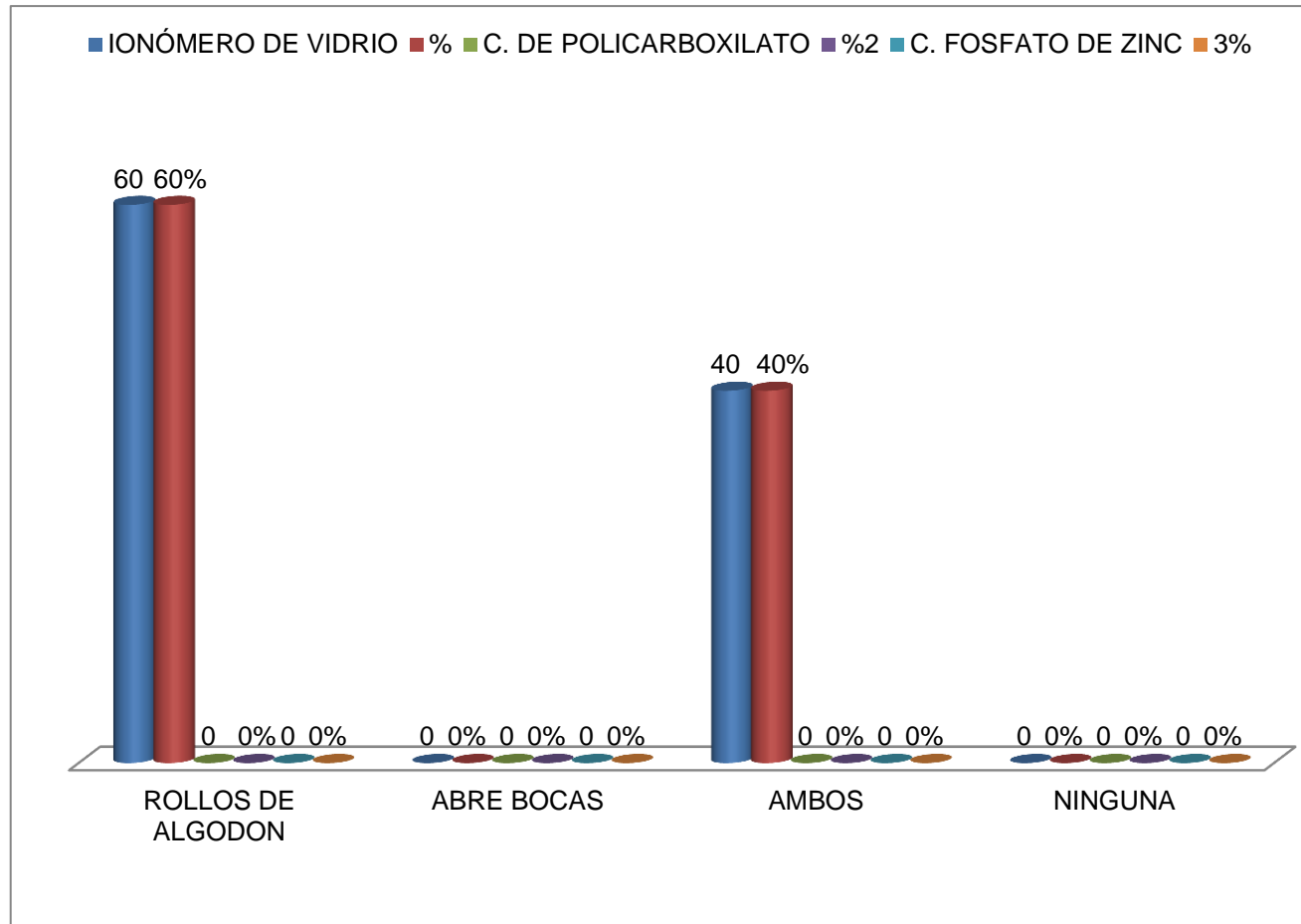
4.4.2 Establecer la forma de aislar y el cemento utilizado por los estudiantes para relacionarlo con la retención del aparato.

CUADRO N° 1

a) Forma del aislamiento relativo relacionado con el cemento

ALTERNATIVAS	IONÓMERO DE VIDRIO		CEMENTO DE POLICARBOXILATO		CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%2	FRECUENCIA	3%
ROLLOS DE ALGODÓN	60	60	0	0	0	0
ABRE BOCAS	0	0	0	0	0	0
AMBOS	40	40	0	0	0	0
NINGUNA	0	0	0	0	0	0
TOTAL	100	100	0	0	0	0

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los pacientes de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a las fichas de observación de los 100 pacientes, se pudo demostrar que el cemento de elección en todos los casos fue el ionómero de vidrio, de los cuales 60 casos correspondientes al 60% fueron aislados con rollos de algodón y en 40 casos correspondientes al 40% se realizó aislamiento relativo con rollos de algodón y abrebocas.

A propósito de esto refiere, Millet Dt. et al (2008): **“El éxito de un aparato ortodóncico fijo depende de que los "ataches" metálicos (brackets y bandas) se adhieran firmemente a los dientes, de manera que no se aflojen durante el tratamiento. Los brackets se adhieren generalmente a los dientes centrales y laterales, mientras que las bandas (anillos de metal que rodean los dientes) se usan más frecuentemente en los dientes posteriores (molares). Se dispone de diversos adhesivos para sujetar las bandas a los dientes y es importante comprender qué grupo logra la unión más confiable, además de reducir o evitar la caries dental durante el período de tratamiento.”**. Pág. 15.

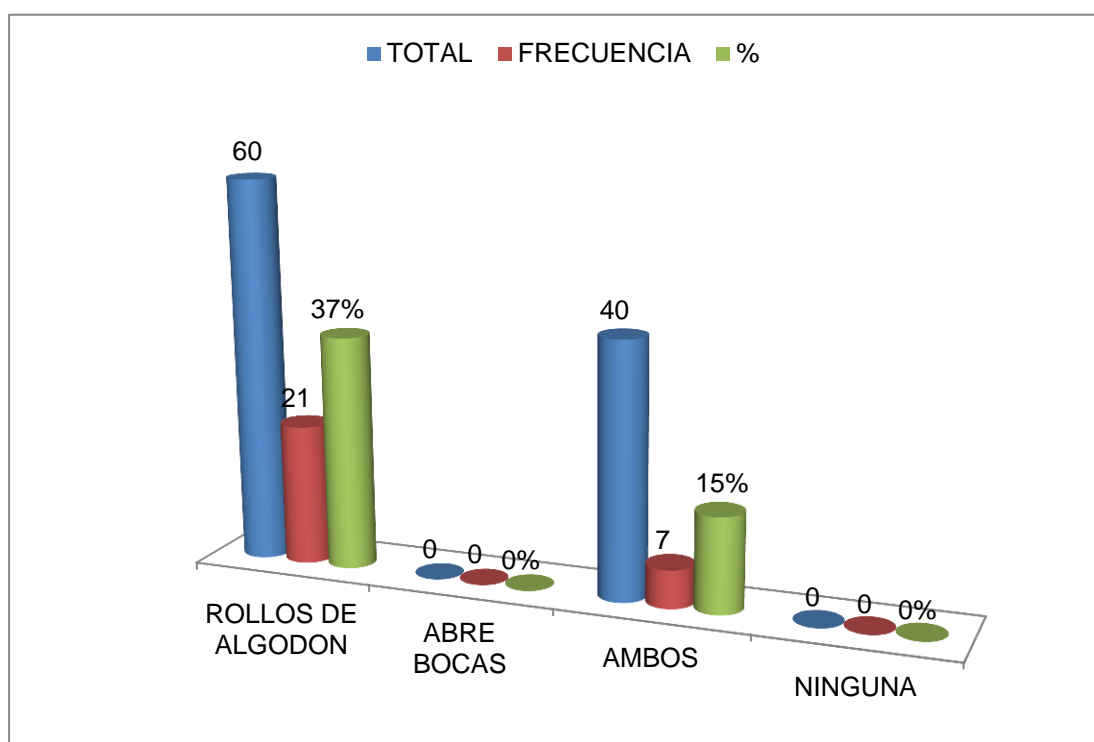
Como los resultados demuestran, en la mayoría de casos se uso solo rollos de algodón, solo el 40% de los casos se usó rollos de algodón acompañados de abrebocas, como es lo ideal en este tipo de procedimientos, ya que estos instrumentos ayudan al operador en el tratamiento, ofreciendo no solo comodidad al paciente pediátrico sino también seguridad; por ende muchas veces su uso influye en el éxito del tratamiento. Por otra parte, la mayoría que es el 60% uso solo rollos de algodón lo cual no es lo recomendado en este tipo de cementación

CUADRO N° 2

b) Forma de aislar en relación con la retención del aparato ortodóntico

FORMA DE AISLAR		EXPULSIÓN DE LA APARATOLOGÍA	
ALTERNATIVAS	TOTAL	FRECUENCIA	%
ROLLOS DE ALGODÓN	60	21	37
ABRE BOCAS	0	0	0
AMBOS	40	7	15
NINGUNA	0	0	0
TOTAL	100	28	28

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Fichas de Observación realizadas a los pacientes de la USGP
ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 100 casos observados en las clínicas odontológicas, en los 60 pacientes en los cuales el operador realizó aislamiento relativo solo con rollos de algodón hubo 22 expulsiones de las aparatologías y en los casos que se usó rollos de algodón y abrebocas a la vez, hubieron 6 expulsiones.

Millet DT et al (2008), realizó y recopiló estudios sobre a los adhesivos usados para la cementación de las bandas ortodónticas Fosfato de cinc químicamente curado comparado con vidrio ionomérico químicamente curado. **“Durning 1989 reclutó 69 participantes. Se colocaron dos bandas en cada participante; una de ellas se cementó con fosfato de cinc químicamente curado y la otra con cemento de vidrio ionomérico. La asignación se determinó por alternancia. El autor informa que, aproximadamente a los 12 meses, la tasa de fracasos fue del 34,78% para las bandas cementadas con fosfato de cinc y del 26% para aquellas cementadas con vidrio ionomérico (P > 0,05). No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto al tiempo promedio de supervivencia entre los grupos de bandas cementadas (470,9 días versus 523,6 días para el fosfato de cinc y el vidrio ionomérico, respectivamente)”**. Pág. 17.

Los resultados indican que del 100% de casos observados, del 60% que usó solo rollos de algodón, en el 37% se determinaron expulsiones de la aparatología; y del 40% que utilizó rollos de algodón con abrebocas, en el 15% se determinaron expulsiones del aparato ortodóntico. Por las investigaciones realizadas hasta el momento se puede manifestar que el cemento usado es el ideal en estos tratamientos y que en su mayoría no incide en su efectividad, por lo que se observa en la investigación el pequeño grupo de operadores que no uso la técnica de aislamiento recomendada hubo poca retención del aparato ortodóntico en la boca de los pacientes: puesto que en los casos que se usó aislamiento relativo con abrebocas se localizó mayor retención en las aparatologías ortodónticas.

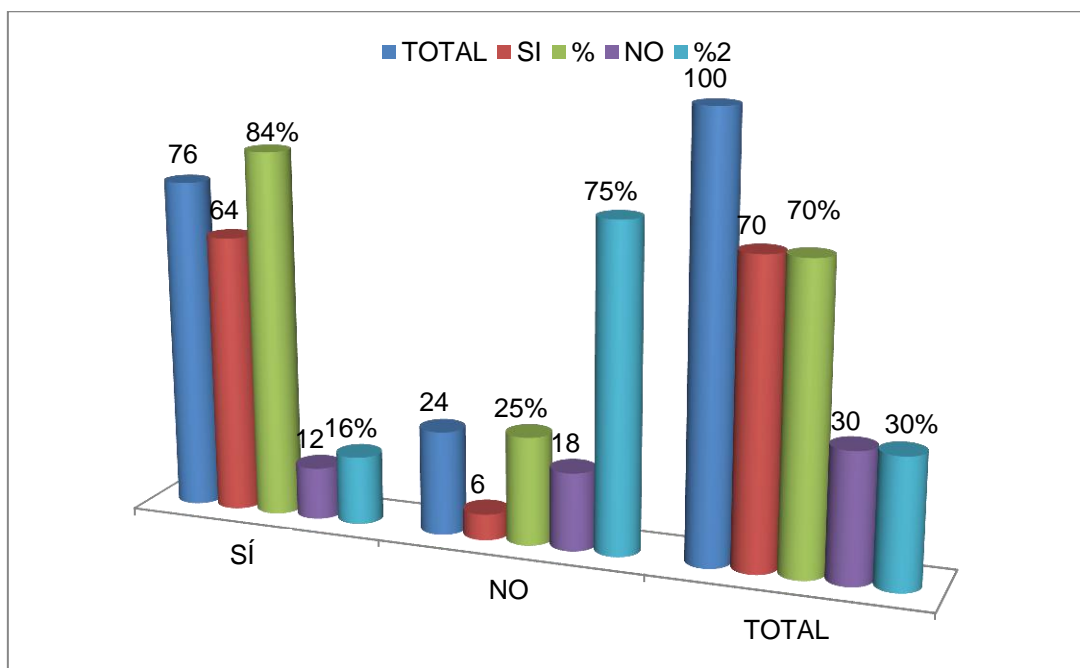
4.4.3 Valorar el nivel de compromiso de los padres en el tratamiento del niño para poder determinar los resultados del tratamiento ortodóntico empleado.

CUADRO N° 1

a) Observación de cambios y compromisos de los padres en el tratamiento

PADRES COMPROMETIDOS PARA CONCLUIR EL TRATAMIENTO		OBSERVACIÓN DE CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO			
ALTERNATIVAS	TOTAL	SI	%	NO	%2
SÍ	76	64	84	12	16
NO	24	6	25	18	75
TOTAL	100	70	70	30	30

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuesta a los padres de familia de los pacientes atendidos en las clínicas de la USGP
 ELABORADO POR: Mary Lauren Mendoza Delgado

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De un total de 100 padres encuestados 70 que corresponden al 70% indicaron que sí se comprometían a concluir el tratamiento de su hijo; 64 de ellos los cuales corresponden al 84% manifestaron que sí observaron cambios en el tratamiento, y 12 de ellos los que corresponden al 16% indicaron que no se comprometían a concluir el tratamiento del niño. En el grupo de los padres que indicaron que no se comprometían en el tratamiento están 24 de ellos correspondientes al 24%; de los cuales 6 padres sí observaron cambios correspondientes al 25% y 18 de ellos que corresponden al 75% no observaron cambios en el tratamiento de sus hijos.

Tal como refiere, Noemi Bordoni et al (2011): **“El profesional, cuando se presenta el plan de tratamiento, podrá ver las reacciones de los padres. Si ellos se sienten seguros valorarán las opiniones y acciones del odontólogo o preguntarán para reasegurarse. Puede ocurrir que se muestren temerosos y preocupados o que en casos extremos rechacen el plan de tratamiento del hijo. No perder de vista que se necesita la colaboración para operar un cambio favorable para la salud bucal de su hijo, explicar y dar fundamentos tanto como sea necesario y acordar sin modificar la esencia del plan de tratamiento”**. Pág. 73.

Según los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas a los padres demuestran que de 76 padres que se comprometían a concluir con el tratamiento de sus hijos, 64 de ellos sí estaban observando cambios en los niños por el procedimiento realizado. Lo que indica que los padres se sienten seguros y valoran el trabajo que está siendo realizado en sus hijos, han seguido las recomendaciones tal como las indicó el operador, ya que su colaboración es de gran ayuda para la manutención de una adecuada salud oral, y sobre todo bajo ningún concepto han rechazado el plan de tratamiento en sus hijos. Además, esto indica que el trabajo realizado por los operadores es satisfactorio.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, con los pacientes atendidos en las Clínicas de Ortodoncia y Pediatría de la USGP se concluye lo siguiente:

- **En la ortodoncia fija realizada en niños, la mayoría de los pacientes pediátricos aceptan el procedimiento realizado y se sienten satisfechos con el mismo;** en las encuestas realizadas a los operadores que atienden en la clínicas de Ortodoncia y Pediatría de la USGP se pudo evidenciar que el 50% que corresponde a 50 pacientes, siempre aceptaban el tratamiento, el 46% correspondientes a 46 pacientes indicaron que algunas veces; lo que significa que una gran parte de los pacientes observados que usan aparatologías fijas se sienten contentos y dispuestos a cooperar en el plan de tratamiento; por otra parte, el 4% correspondiente a 4 pacientes manifestó que nunca aceptaron el tratamiento. El 37% de pacientes según sus operadores no ha tenido ninguna conducta negativa durante el plan de tratamiento. Todo esto refleja que la atención odontológica está siendo conducida de manera correcta, ya que los pacientes pediátricos en la consulta odontológica poseen un comportamiento muy variado, en el cual pueden incidir diversos factores, es por esto que el operador debe estar debidamente preparado y saber manejar las diferentes situaciones que puedan darse en su consulta diaria.

- **El cemento de elección ideal para este tipo de tratamientos es el ionómero de vidrio y la forma de aislar incide directamente en la retención de la aparatología en boca;** mediante las fichas de observación realizadas, se pudo demostrar que el 100% de los operadores que realizan estos tratamientos en las Clínicas de la USGP, usó ionómero de vidrio para realizar la cementación de la aparatología. Por otra parte, para realizar el aislamiento en la cementación de las bandas ortodónticas, se observó que el 60% de estudiantes uso sólo rollos de algodón, de los cuales se pudo observar que en el 37% de los casos no se pudo retener bien el aparato ortodóntico. Del 40% que uso rollos de algodón junto con abre bocas para el aislamiento, tal como se recomienda, se localizó un número reducido de expulsiones del 15%. Esto demuestra que la disminución de la retención del aparato ortodóntico en boca, mayormente es debido a la técnica inadecuada de aislamiento para la cementación de las aparatologías ortodónticas.
- **Sí se pueden observar diversas lesiones orales en los tratamientos ortodónticos fijos realizado a niños;** por medio de las fichas de observación efectuada a los pacientes atendidos, se pudo constatar que del 100% de los casos observados, en el 37% de ellos correspondiente a 37 pacientes, se localizaron lesiones orales durante el transcurso del tratamiento en el uso de la aparatología; las lesiones localizadas la mayoría de ellas son leves, las mismas que retirando el agente agresor y tratadas de forma adecuada no van a repercutir o retrasar el plan de tratamiento. Es importante mencionar que en la mayoría de los casos lo que va a ocasionar

la lesión no es la aparatología en sí, mas bien, esto puede darse por algunos factores, entre los que se destaca la poca habilidad clínica del operador o la disminuida cooperación del paciente y de los padres en cuanto a la higiene oral principalmente.

- **En los padres de familia de los niños que usan este tipo de aparatos, la mayoría de ellos están comprometidos en el tratamiento de sus hijos; y a su vez han podido observar cambios favorables en la dentición de los pacientes, a partir de que empezaron el uso de la aparatología;** en cuanto a lo que se pudo establecer mediante las encuestas realizadas a los padres de los pacientes atendidos, de 100 padres, el 76% de ellos correspondiente a 76 pacientes indicaron que se comprometían en el tratamiento de los niños; 64% de ellos manifestó que observan cambios en el tratamiento empleado en su hijo, por lo que la mayoría de los padres se muestra a gusto con el procedimiento ortodóntico empleado por los operadores.

RECOMENDACIONES

- En los tratamientos ortodónticos fijos a corto plazo realizado a niños; la mayoría de pacientes son cooperadores y aceptan el tratamiento. Sin embargo, hay un número reducido de ellos que no suelen cooperar en el tratamiento; para esto es necesario que el profesional actualice y recree sus conocimientos constantemente sobre psicología infantil y manejo del niño en la consulta odontológica, además de esto la habilidad clínica del operador es uno de los factores que muchas veces pueden modificar las conductas de los pacientes pediátricos para poder lograr los resultados esperados y con esto la satisfacción del paciente y sus padres.
- La habilidad clínica del odontólogo incide directamente en la cooperación del paciente; por tal motivo, es fundamental que el profesional esté preparado para realizar este tipo de tratamientos. Debe usarse el cemento adecuado, la técnica de cementación correcta acompañada de rollos de algodón y abrebocas respectivamente. Así mismo, el profesional debe respetar las normas de diseño de cada uno de los aparatos que va a emplear en sus pacientes, y la aparatología ortodóntica debe quedar correctamente adaptada; ya que de no ser así pueden ocasionarse lesiones gingivales, por ende habrá molestias en el niño y el paciente disminuirá su nivel cooperación ya que no se sentirá contento con el tratamiento.

- Los padres son el pilar fundamental en la vida de los niños, por esto es importante que el operador fomente en ellos la importancia de su apoyo y compromiso en el tratamiento de sus hijos, para de este modo poder lograr los mejores resultados. Los padres deben procurar estar siempre presentes en las consultas odontológicas de sus hijos, y controlar y educar sobre los hábitos de higiene bucal y mejora de la salud oral. Es labor de ellos incentivar a sus hijos con el tratamiento, y hacerles entender que es una ayuda para ellos.

- Fomentar y orientar a los padres, pacientes y estudiantes sobre la importancia de la cooperación de ellos para lograr el éxito del tratamiento ortodóntico fijo a corto plazo, lo cual forma parte de los lineamientos de la propuesta alternativa.

LISTA DE REFERENCIAS

- ROSSI, Massimo (2011). *Ortognatodondia en la práctica clínica*. Venezuela: Editorial Amolca
- GRABER, Thomas. VANARSDALL, Jr. VIG, Katherinne. Ortodondia (2006). *Principio y técnicas actuales*. España: Editorial Elseiver Mosby (Cuarta Edición).
- URIBE, Gonzalo. (2010). *Ortodondia. Teoría y clínica*. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas
- MONTAGNA, Fabrizio. LAMBINI, Nicola. PIRAS, Vincenzo. DENOTTI, Gloria (2010) *Ortodondia y sus Dispositivos*. Venezuela: Editorial Amolca.
- ENGLISH, Jeryl. PELTOMAKI, Timo. PHAM-LITSHEL, Kate (2011) *Destreza en Ortodondia*. Venezuela: Editorial Amolca.
- BOJ, Juan. FERREIRA, Luis. (2010) *Atlas de Odontopediatría*. Madrid: Editorial Ripano.
- GUEDES-PINTO, Antonio. BONECKER Marcelo. MERTINS Celia. (2011) *Odontopediatría*. Sao Paulo: Editora Santos.
- BORDONI, Noemi. ESCOBAR, Alfonso. CASTILLO, Ramón (2010). *Odontología Pediátrica*. Argentina: Editorial Panamericana.
- CÓRDOBO, Ramón. Ética en la Atención Pediátrica en: MARIN, Alejandro. JARAMILLO, Juan. GOMEZ, Juan (2008). *Manual de Pediatría Ambulatoria*. Bogotá: Editorial Medica Internacional.
- JORDAN DE URRIES, Blanca (2010). *Tus hijos de 1 a 3 años*. España: Editora Palabras S.A. (Octava Edición).

- RODRIGUEZ, Esequiel (2011). *De la Activación en Ortodoncia y Ortopedia*. Venezuela: Editorial Amolca.
- HEIDEMANN, W. B. (2007). *Valoración y Profilaxis*. España: Elsevier Masson (Cuarta Edición).
- PROFFIT, William (2008) *Ortodoncia Contemporánea*. España: Elsevier (Cuarta Edición).
- CARDENAS, Jaramillo (2003) *Odontología Pediátrica*. Medellín, Colombia: Colaboración para Investigaciones Biológicas CIB. (Tercera Edición).
- SINGH, Gurkerat. (2011). *Ortodoncia Diagnostico y Tratamiento: Tomo 1 y 2*. Venezuela: Amolca (Segunda Edición).
- FINN Sidney (1985). *Odontología Pediátrica*. México D.F: Nueva Editorial Interamericana (Cuarta Edición).
- MARIN, Alejandro. JARAMILLO, Juan. GOMEZ, Juan (2008). *Manual de Pediatría Ambulatoria*. Bogotá DC Colombia: Editorial Medica Internacional Ltda.
- CAMERON, Angus. WIDMER, Richard (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. España: Elseiver Mosby (Tercera Edición).
- KOCH, Goran. POULSEN, Sven (2011). *Odontopediatría en Abordaje Clínico*. Venezuela: Editorial Amolca..
- ROSS, Vasta. MARSHALL, Hait. MILLER, Scott (2008). *Psicología Infantil*. España: Book Print digital.
- PALMA, Ascensión. SÁNCHEZ, Fátima (2010) *Técnica de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. España: Editorial Parainfo.
- Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegracion (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Madrid: Medica Panamericana.

- HARFIN, Julia. UREÑA Augusto (2010). *Ortodoncia Lingual*. Argentina: Editorial Panamericana.
- MECHO, Cristina (2010). *La Atención Temprana*. Barcelona: Editorial UOC.
- STASSEN. Kathleen (2007). *Psicología del Desarrollo*. Madrid: Editorial Medica Panamericana (Séptima Edición).
- MOYA, Mauricio. PINZÓN, Mercedes. FORERO, Darío (2003). *Odontología Básica Integrada*. Bogotá D.C. – Colombia: Zamora Editores. Primera Edición.
- NAHAS, María (2009). *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Sao Paulo: Livraria Santos Editora
- RODRÍGUEZ, Esequiel. CASASA, Rogelio. NATERA, Adriana (2007). *1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos*. Venezuela: Editorial Amolca.

Páginas web

- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2009). Guía clínica: *Atención primaria del preescolar de 2 a 5 años* Santiago, Minsal. p 82. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>
- Villavicencio, Judy Elena. Hernández, Jesús Alberto (2001). Universidad del Valle Recuperado de <http://www.bioline.org.br/request?rc01025>
- Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (2003). Recuperado de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/CARLOSESPEJOPASCU> “[AL.pdf

- Grupo Dental Bocanova. *La Ortodoncia Especializada* (2012). Recuperado de <http://www.bocanova.com.co/articulos/94-la-ortodoncia-especialidad-de-la-odontolog%C3%ADa.html>
- Millet Dt, Glenny AM, Mattick CR, Hickman J, Mandall NA, *Adhesivos para las bandas Ortodónticas fijas* (2008). Recuperado de <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004485>
- Samara, G., Lenguas A., López M. A., *Ortodoncia y salud bucodental* (2008). Recuperado de <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol4-n1/puestaaldia.pdf>
- DIAZ, Ingrid. *Rejila Lingual* (2013). Recuperado de http://omnisapiente.megatesis.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=181
- AHUMADA, Diana (2012). Recuperado de <https://www.saluspot.com/articulos/2977-los-ninos-y-la-autoestima>
- RECIO, Omar. *Ortodoncia y Calidad de Vida* (2012). Recuperado de <http://www.blogsaludbucal.es/archive/2012/07/30/ortodoncia-y-calidad-de-vida.html>

CAPÍTULO V

5 PROPUESTA ALTERNATIVA

Identificación de la propuesta

Nombre de la propuesta

Charlas Educativas sobre **“TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS FIJOS A CORTO PLAZO PARA MEJORAR LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO”**, dirigida a los estudiantes y a los padres de familia de los niños que acuden a las clínicas de Ortodoncia y Pediatría de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fecha de presentación

21 de Enero del 2013.

Entidad ejecutora

Carrera de Odontología de la USGP

Clasificación del proyecto

De tipo educativo

Localización geográfica

Clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, ubicada en la ciudad de Portoviejo, parroquia Andrés de Vera, en la Avenida Metropolitana y Avenida Olímpica , sus imites son:

Al norte: Avenida Olímpica

Al sur: Calle San Diego

Al este: Avenida Metropolitana

Al oeste: Avenida Bolivariana

1. Justificación

Según los datos que se obtuvieron en la investigación realizada, demuestran que un alto porcentaje de padres de familia se compromete a llevar a los niños para concluir sus tratamientos; ya que la gran mayoría de ellos no asiste a las citas odontológicas de sus hijos. Por lo que se considera importante proporcionar charlas educativas a los padres de familia que acuden a las clínicas de ortodoncia de la USGP para dar a conocer la importancia de que ellos estén presentes en las citas odontológicas con sus hijos.

Al ejecutar esta propuesta de solución, lo que se espera es lograr la concienciación de los padres, para explicarles que el éxito del tratamiento ortodóntico en sus hijos no solo depende del operador o del paciente mismo, sino también de ellos y de su cooperación.

2. Marco institucional

La investigación se elaboró en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, las cuales se iniciaron en septiembre del 2002 en la escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile.

En la actualidad la Carrera de Odontología tiene sus propias instalaciones en el campus universitario, habilitada con clínicas que proporcionan un medio

apropiado para la realización de distintos tipos de tratamientos odontológicos, creado el 15 de septiembre del 2006, ubicado en la avenida Metropolitana.

El 14 de mayo del 2010 se inauguró un quirófano totalmente equipado con una nueva área de radiología y zona de revelado.

3. Objetivos

Objetivo General

Orientar a los padres de familia y estudiantes en las clínicas odontológicas de la U.S.G.P. sobre la cooperación del paciente y su relación con los tratamientos ortodónticos fijos.

Objetivos Específicos

- Concienciar a los padres sobre la cooperación de ellos y de la familia para poder lograra el éxito del tratamiento ortodóntico.
- Reforzar los conocimientos aprendidos por los estudiantes a cerca de la forma de aislamiento y el tipo de cementación usado en estas aparatologías, para así evitar futuros inconvenientes o lesiones.

4. Descripción de la propuesta

En la investigación realizada se determinó que existe un número considerable de pacientes cooperadores, sin embargo, un gran número de los padres de ellos no muestran mayor interés en la asistencia de sus hijos a las consultas. Por otra parte se pudo determinar que también hay inconvenientes en el uso de la aparatología. Lo que se busca con esta propuesta es concienciar a los padres acerca de la cooperación de los mismos en el tratamiento y orientar a los estudiantes sobre las técnicas adecuadas en este tipo de tratamientos, que a diario emplean en los

pacientes de la institución para de este modo poder brindar un mejor servicio.

Para la elaboración de la propuesta, se hace necesario la utilización de varios recursos, entre ellos la elaboración y entrega de trípticos educativos con contenidos sobre la cooperación de la familia, en especial de los padres en este tipo de tratamientos y los inconvenientes que pueden darse muchas veces por el uso del mismo, esto en cuanto a los trípticos entregados a los padres. Los trípticos entregados a los estudiantes contienen información para reforzar los conocimientos de los operadores en cuanto a técnicas adecuadas en este tipo de tratamientos ortodónticos, como la técnica de cementación, y manejo del paciente pediátrico. Para cumplir con esta propuesta será necesaria la colaboración de las autoridades, docentes, estudiantes y de los padres de familia que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para alcanzar los objetivos planteados.

5. Beneficiarios

- Los beneficiarios directos son los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de Ortodoncia y de Pediatría de la Universidad San Gregorio De Portoviejo.
- Los beneficiarios indirectos son los padres de familia y los que conforman su núcleo familiar.

6. Diseño metodológico

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

- Socialización de los resultados de la investigación a las autoridades de la carrera.
- Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución del proyecto.
- Elaboración del material educativo para los pacientes.
- Realización de la capacitación.
- Entrega de trípticos educativos a los padres de familia que asisten a esta capacitación.

7. Cronograma

ACTIVIDADES	Enero	
	3	4
Elaboración del material didáctico (trípticos) para dar charlas educativas	x	
Ejecución de la propuesta , y entrega de trípticos a los estudiantes y padres de familia	X	

8. Presupuesto

ACTIVIDADES	RECURSOS	CANTIDAD	V.UNITARIO	V.TOTAL	FINANCIAR
Diseño de tríptico	Diseñador gráfico	1	\$ 1	\$ 1	Autora
Elaboración de trípticos	Copias a color	101	\$ 0,50	\$ 50,50	Autora
Viáticos	Movilización			\$ 30	Autora
Subtotal				\$ 111,50	Autora
Imprevistos			10%	\$ 11,15	Autora
Total				\$ 122,35	Autora

9. Sostenibilidad

Esta propuesta es sostenible porque los conocimientos adquiridos en la investigación serán replicados, los estudiantes impartirán dichos conocimientos, es sostenible ya que cuenta con el apoyo de las autoridades, en especial de la Coordinadora de la Carrera de Odontología, la Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp., y es sostenible por la existencia de un Acta de Compromiso de las Docentes de las Clínicas de Ortodoncia y Pediatría de los octavos semestres; en la cual se comprometen a fomentar la importancia de la cooperación de los pacientes en los tratamientos ortodónticos fijos a corto plazo, así como las técnicas adecuadas para que el operador pueda lograr el éxito del tratamiento.

10. Fuente de financiamiento

La propuesta fue financiada totalmente por la autora de la investigación.

ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 3 de la tarde del día 25 de Enero del 2013 en las instalaciones de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se reúnen Mary Lauren Mendoza Delgado, egresada de la Carrera de Odontología y la Dra. Celia Ponce Faula, responsable de la cátedra de Ortodoncia, para suscribir un acta de compromiso en el que se llega a los siguientes acuerdos:

- a) La egresada Mary Lauren Mendoza Delgado se compromete a realizar una charla sobre **“COOPERACIÓN DEL PACIENTE EN LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS FIJOS”**, dirigida a los padres de familia de los niños que reciben tratamientos ortodónticos y a los estudiantes que atienden en las clínicas Odontológicas de la USGP haciendo entrega del material educativo.
- b) La docente de la cátedra de Ortodoncia, Dra. Celia Ponce, se compromete a fomentar la importancia de los tratamientos ortodónticos preventivos para prevenir o corregir las alteraciones faciales a nivel vertical.

Por medio de la presente acta quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

Dra. Celia Ponce Faula Mg. Gs.
RESPONSABLE DE LA CÁTEDRA
DE ORTODONCIA

Mary Lauren Mendoza Delgado

ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 3 de la tarde del día 25 de Enero del 2013 en las instalaciones de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se reúnen Mary Lauren Mendoza Delgado, egresada de la Carrera de Odontología y la Dra. Angélica Miranda, responsable de la cátedra de Pediatría, para suscribir un acta de compromiso en el que se llega a los siguientes acuerdos:

- a) La egresada Mary Lauren Mendoza Delgado se compromete a realizar una charla sobre **“COOPERACIÓN DEL PACIENTE EN LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS FIJOS”**, dirigida a los padres de familia de los niños que reciben tratamientos ortodónticos y a los estudiantes que atienden en las clínicas Odontológicas de la USGP haciendo entrega del material educativo.
- b) La docente de la cátedra de Pediatría, Dra. Angélica Miranda, se compromete a fomentar la importancia de cooperación del paciente en los tratamientos ortodónticos fijos a corto plazo.

Por medio de la presente acta quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

Dra. Angélica Miranda

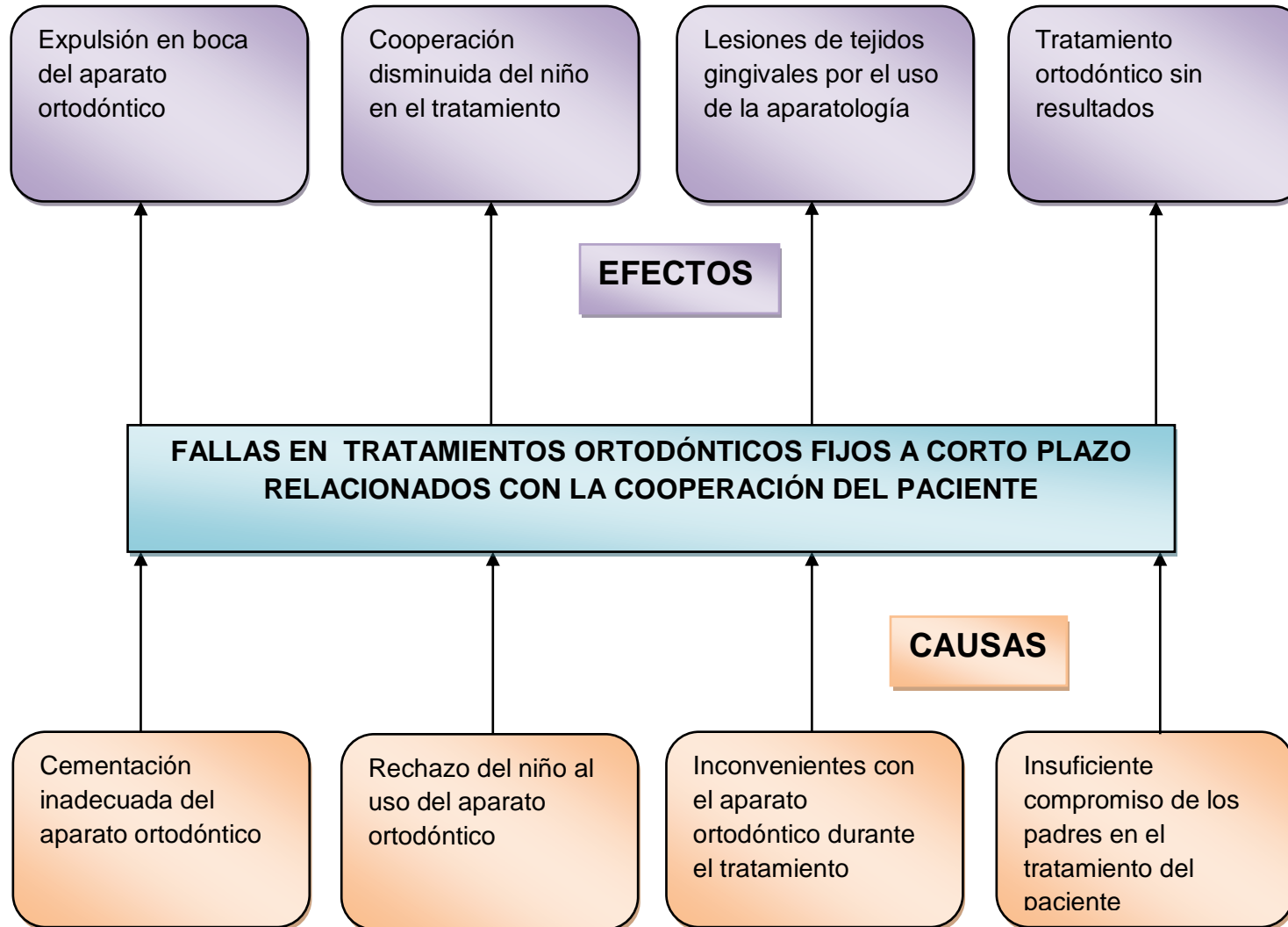
Mary Lauren Mendoza Delgado

RESPONSABLE DE LA CÁTEDRA DE PEDIATRIA

ANEXOS

ANEXO 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA

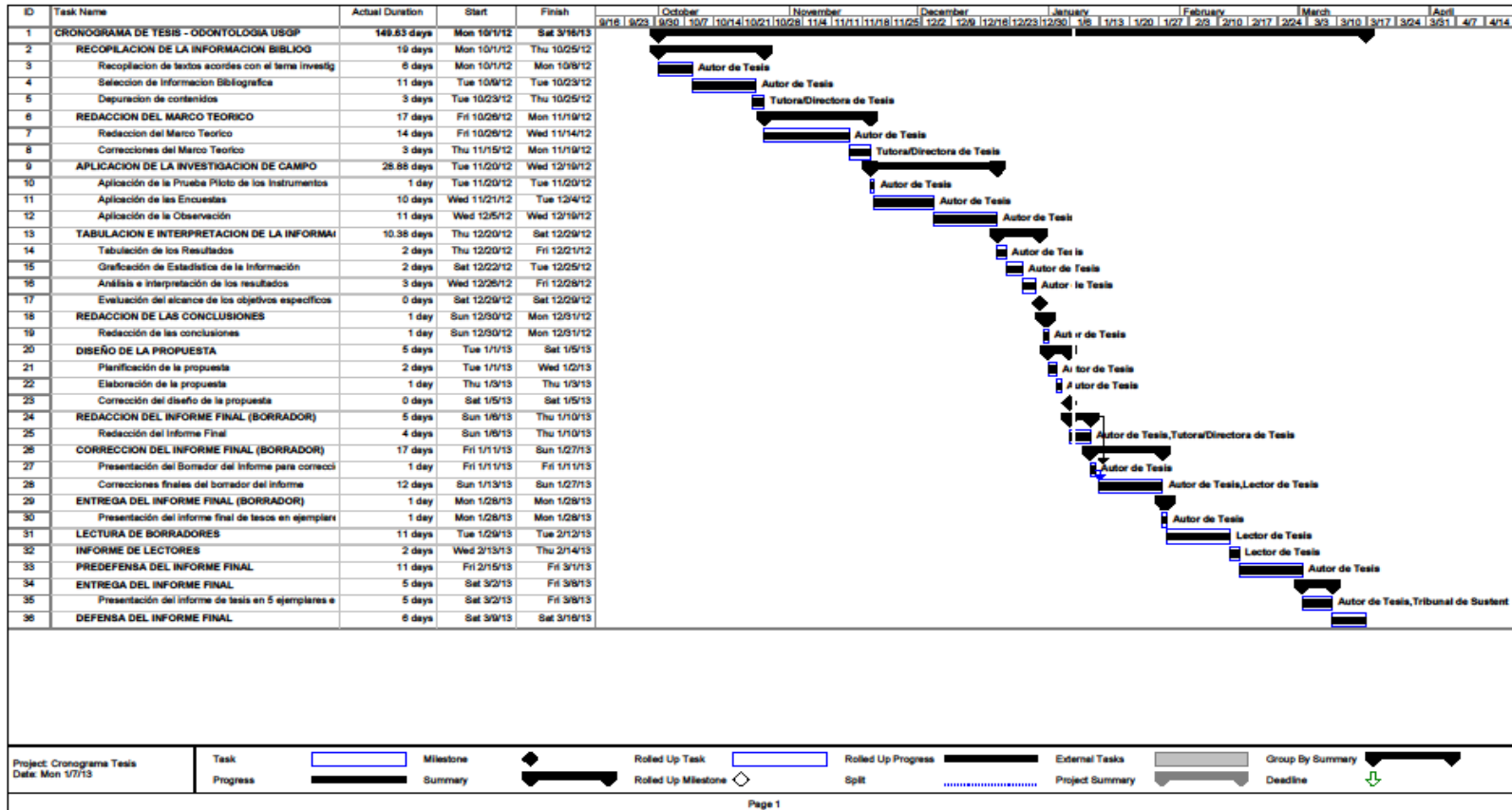


ANEXO 2
PRESUPUESTO

ELEMENTOS	CANT	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	8	Resma	4,00	32,00	32,00	
Internet mes	20	Horas	1,00	20,00	20,00	
Impresiones	4000	Unidad	0,10	400,00	400,00	
Materiales de oficina	14	Unidad		12,00	12,00	
Pen drive	1	Unidad	10,00	10,00	10,00	
Viáticos	50	Dólar	2,00	100,00	400,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Espejos	40	Unidad	3,00	120,00	60,00	
Anillados	7	Unidad	2,00	14,00	14,00	
Empastados	5	Unidad	10,00	50,00	50,00	
Especies valoradas	40	Unidad	2,00	80,00	80,00	
Especies valoradas	9	Unidad	3,00	27,00	27,00	
Derecho de Tutoría	1	Unidad	490,00	490,00	490,00	
Subtotal				1435,00	1435,00	
Total				1435,00	1435,00	

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE TESIS - ODONTOLOGIA USGP Octubre 2012 - Mayo 2013





ANEXO 4

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

NOMBRES	APELLIDOS	SEXO	
		F	M

DIRECCIÓN	TELÉFONO	EDAD	FICHA CLÍNICA

A) APARATO ORTODÓNTICO USADO

DISEÑO	CEMENTO EMPLEADO
MANTENEDORES FIJOS	IONÓMERO DE VIDRIO
BARRA TRANSPLATINA FIJA	CEMENTO DE POLICARBOXILATO
BARRA LINGUAL FIJA	CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC
TRAMPA DE SUCCIÓN DIGITAL	OTRO

B) FORMA DE AISLAR

ROLLOS DE ALGODÓN	
ABREBOCAS	
AMBOS	
NINGUNO	

C) INCONVENIENTES

INVAGINACIÓN DE BANDAS	
INCRUSTACIÓN DE LA APARATOLOGÍA	
EXPULSIÓN DE LA APARATOLOGÍA	

D) LESIONES POR EL USO DE LA APARATOLOGÍA

HIPERPLASIA GINGIVAL	
GINGIVITIS SUBCLÍNICA	
GINGIVITIS	
PERIODONTITIS	
LASCERACIONES	
ULCERACIONES	

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTAS DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES DE LAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y PEDIATRÍA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.

Mary Lauren Mendoza Delgado, Estudiante de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, necesito recolectar datos para investigar el estudio de la Cooperación del paciente y su relación con los tratamientos Ortodóncicos fijos a corto plazo. Como requisito para la Obtención del Título de Odontólogo.

Recomendaciones:

Esta encuesta es personal. Debe responder cada una de las preguntas marcando con una un **X**, a su vez debe hacerlo con sinceridad y claridad, ya que contamos con su aporte para poder realizar el trabajo planteado

1.- Al adaptar la aparatología ortodóntica, su paciente se sintió contento con el tratamiento:

- a) SIEMPRE
- b) ALGUNAS VECES
- c) NUNCA

2.- En el tratamiento ortodóntico empleado, el niño manifestó conductas tales como:

- a) MIEDO b) ANSIEDAD
- c) AGRESIVIDAD d) RABIETA
- e) LLANTO f) DOLOR
- g) ESTRÉS

3.- Sus pacientes están recibiendo el tratamiento por:

- a) VOLUNTAD PROPIA
- b) INCENTIVADO POR UD.
- c) INCENTIVADO POR SUS PADRES
- d) OBLIGADO POR SUS PADRES
- e) NINGUNA

4.- Cuando el niño no coopera en el tratamiento usted:

- a) LO INCENTIVA CON ALGÚN PRESENTE
- b) USA PALABRAS HALAGADORAS MOTIVÁNDOLO
- c) ESPERA LA PRÓXIMA CITA
- d) LLAMA A LOS PADRES DE INMEDIATO
- e) ESPERA UN MOMENTO Y VUELVE A INTENTARLO

5.- Los padres acuden a la cita odontológica con el paciente:

- a) SIEMPRE
- b) ALGUNAS VECES
- c) NUNCA



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTAS DIRIGIDA A LOS PADRES DE LAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y PEDIATRÍA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVESIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.

Mary Lauren Mendoza Delgado, Estudiante de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, necesito recolectar datos para investigar el estudio de la Cooperación del paciente y su relación con los tratamientos Ortodóncicos fijos a corto plazo. Como requisito para la Obtención del Título de Odontólogo.

Recomendaciones:

Esta encuesta es personal. Debe responder cada una de las preguntas marcando con una un **X**, a su vez debe hacerlo con sinceridad y claridad, ya que contamos con su aporte para poder realizar el trabajo planteado.

1.- ¿Controla usted la higiene oral de su hijo?

SIEMPRE	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/>
CUANDO ME ACUERDO	<input type="checkbox"/>	NUNCA	<input type="checkbox"/>

2.- Cuando tiene usted algún inconveniente con el uso de la aparatología en la boca de su hijo; usted:

SE COMUNICA CON QUIEN ATIENDE A SU HIJO	<input type="checkbox"/>
ESPERA LA PROXIMA CITA	<input type="checkbox"/>
ACUDE DE INMEDIATO AL ODONTOLOGO	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Ha observado cambios importantes desde que se inicio el tratamiento?

SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

4.- ¿Usted se compromete a llevar al niño para concluir el tratamiento?

SÍ ME COMPROMETO	<input type="checkbox"/>
NO ME COMPROMETO	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5



Fig. 1 Cemento indicado



Fig. 2 Espátula de cemento



Fig. 3 Bandas ortodónticas



Fig.4 Adaptador de bandas ortodónticas



Fig. 5 Abre bocas pediátrico



Fig. 6 Aislamiento relativo



Fig. 7 Pérdida prematura de diente deciduo.

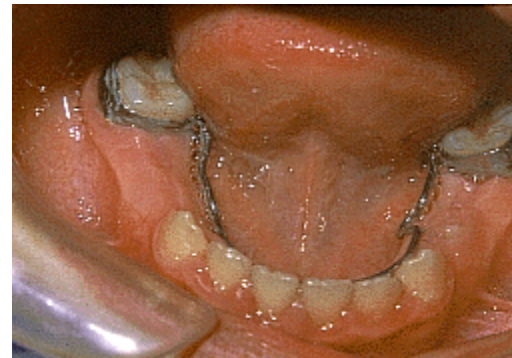


Fig. 8 Pérdida prematura bilateral de dientes deciduos.



Fig. 9 Habitros de succión digital



Fig. 10 Separación de puntos de contacto mediante anillos elásticos



Fig. 11 Adaptación de bandas ortodóncicas

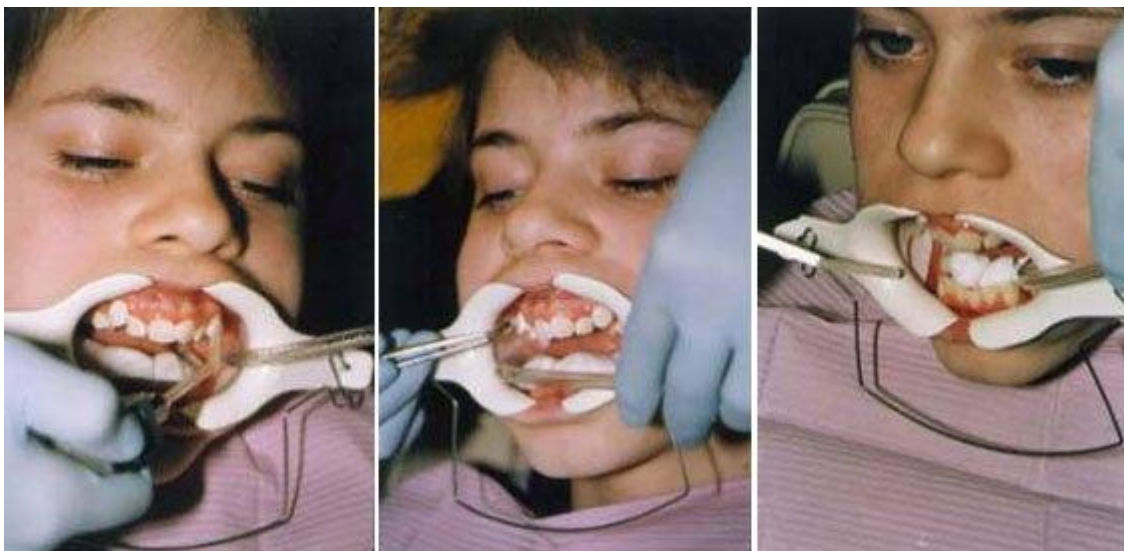


Fig. 12 Aislamiento relativo con abrebocas



Fig. 13 Cementación de bandas ortodóncicas



Fig. 14 Mantenedor unilateral fijo

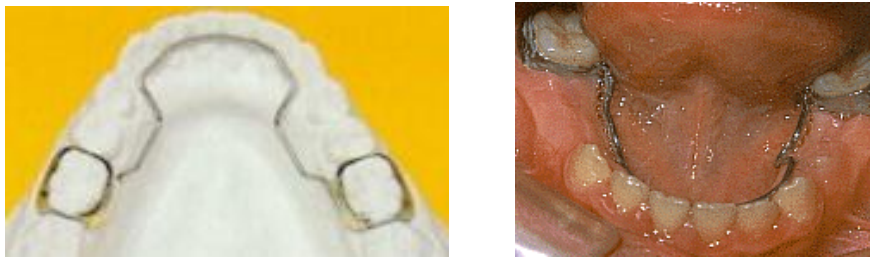


Fig. 15 Barra lingual fija

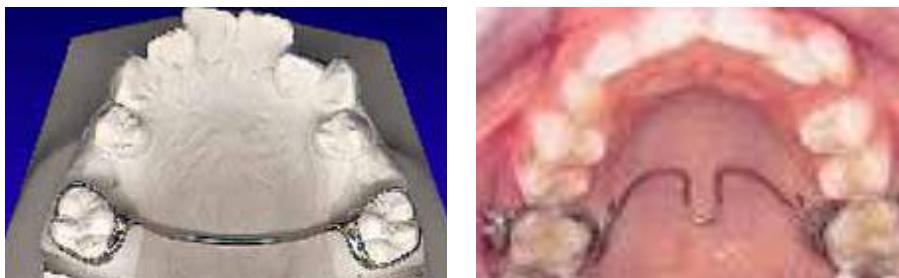


Fig. 16 Barra transpalatina fija



Fig. 17 Trampa de succión digital



Fig. 18 Manejo del paciente pediátrico



Fig. 19 Educación sobre higiene oral al paciente



Fig. 20 Actitud de los padres



Fig. 21 Triada profesional.



Fig. 22 Pacientes cooperadores



Fig. 23 Paciente poco cooperador

ANEXO 6

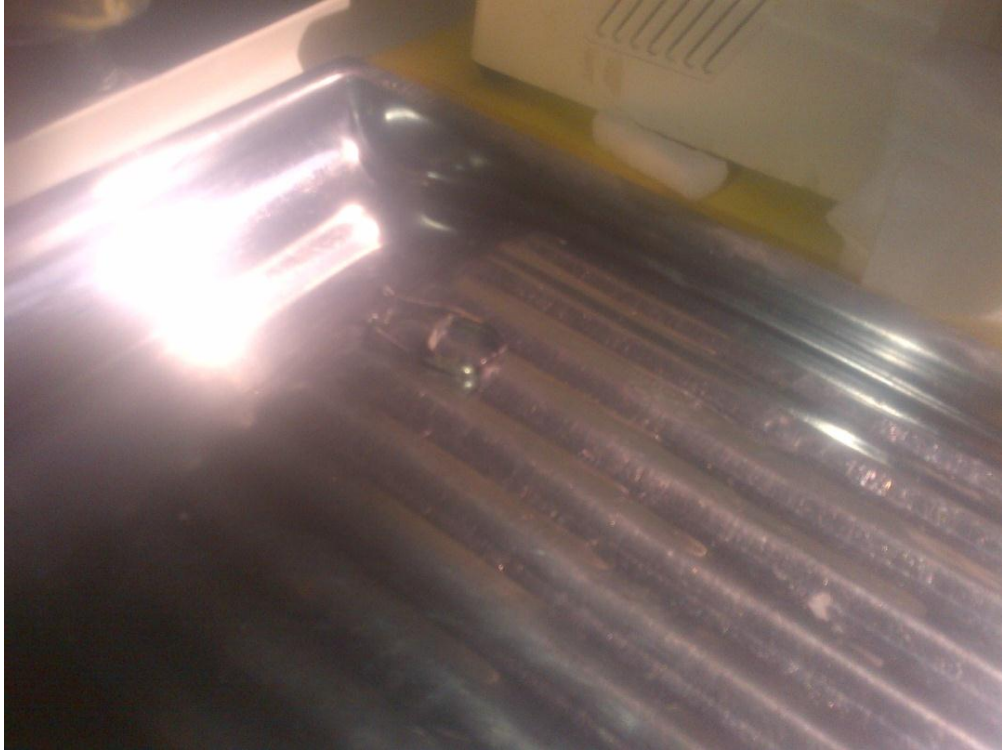
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN



REALIZACIÓN DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN



EXPULSIÓN DE APARATOLOGÍA



USO DE ABREBOCAS





LESIONES OBSERVADAS





REALIZACIÓN DE ENCUESTAS



EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA



CHARLAS EDUCATIVAS A LOS ESTUDIANTES





CHARLAS EDUCATIVAS A LOS PADRES





ENTREGA DE TRÍPTICOS A LOS ESTUDIANTES





ENTREGA DE TRÍPTICOS A LOS PADRES



